

Das gute Sterben: Diskursanalyse der öffentlichen Debatte um das Lebensende in Österreich

Lang, Alexander

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Lang, A. (2018). *Das gute Sterben: Diskursanalyse der öffentlichen Debatte um das Lebensende in Österreich*. (Reihe Soziologie / Institut für Höhere Studien, Abt. Soziologie, 121). Wien: Institut für Höhere Studien (IHS), Wien. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-59447-6>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

IHS Sociological Series
Working Paper 121
September 2018

Das gute Sterben: Diskursanalyse der öffentlichen Debatte um das Lebensende in Österreich

Alexander Lang



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Impressum

Author(s):

Alexander Lang

Title:

Das gute Sterben: Diskursanalyse der öffentlichen Debatte um das Lebensende in Österreich

ISSN: 1605-8011

2018 Institut für Höhere Studien - Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

E-Mail: office@ihs.ac.at

Web: www.ihs.ac.at

All IHS Working Papers are available online: http://irihs.ihs.ac.at/view/ihs_series/

This paper is available for download without charge at: <http://irihs.ihs.ac.at/4748/>

Das gute Sterben:

Diskursanalyse der öffentlichen Debatte um das Lebensende in Österreich

Alexander Lang

Mit Unterstützung von Florian Winkler

September 2018

Unterstützt durch Fördergelder des Jubiläumsfonds der Oesterreichischen Nationalbank

Projektnummer: 17075



Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Das gute Sterben: Diskursanalyse der öffentlichen Debatte um das Lebensende in Österreich¹

Alexander Lang

Abstract

This study investigates the discourse of dying and good dying in Austria by adapting the Sociology of Knowledge Approach to Discourse to analyze the parliamentary Enquete-Commission “Dignity at the End of Life” (2014–2015). The interpretation of written opinions, minutes, and newspaper articles shows that dying is predominantly constructed as a process concerning old and ill people. These are identified as in need of help; thus, comprehensive support and care are necessary to facilitate a good death. The good death is characterized by social and professional embeddedness, sufficient pain- and symptom-management, self-determination as well as communication and acceptance. The underlying goal is a calm and controlled process of dying. Although there are polarized views on assisted suicide and killing on request, there is a common demand for a higher degree of institutionalization of support and care at the end of life. Society and politics are held responsible to expand the current palliative care and hospice system and provide further necessary resources for end of life care.

Keywords: Death, dying, end of life, sociology of knowledge, discourse analysis, good death

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersucht den Diskurs zu Sterben und gutem Sterben in Österreich anhand der parlamentarischen Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ (2014–2015) mittels Adaptierung des Forschungsansatzes der Wissenssoziologischen Diskursanalyse. Die Interpretation von schriftlichen Stellungnahmen, Sitzungsprotokollen und Zeitungsartikeln zeigt, dass Sterben vornehmlich als Prozess konstruiert wird, der alte und kranke Menschen betrifft. Diese werden als hilfebedürftig gedeutet, was umfassende Betreuung und Pflege für ein gutes Sterben notwendig erscheinen lässt. Das gute Sterben zeichnet sich durch soziale und professionelle Einbettung, ausreichende Schmerz- und Symptomtherapie, Selbstbestimmung, Kommunikation und Akzeptanz aus. Ein ruhiger und kontrollierter Sterbeprozess wird angestrebt. Obwohl hinsichtlich der Frage nach der Legitimität von assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen polarisierende Haltungen im Diskurs hervortreten, zeigt sich die häufig implizite Forderung nach weiterer Institutionalisierung des Sterbens als Gemeinsamkeit. Gesellschaft und Politik werden als Verantwortliche für den notwendigen Ausbau von Palliativ- und Hospizversorgung und weiterer Ressourcen identifiziert.

Schlagwörter: Tod, Sterben, Lebensende, Wissenssoziologische Diskursanalyse, gutes Sterben

¹ Kontakt: Alexander Lang, Institut für Höhere Studien, Telefon: +43 1 59991-256; Email: lang@ihs.ac.at.

Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert, dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Working Papers ist ausgeschlossen.

Unterstützt durch Fördergelder des Jubiläumsfonds der Oesterreichischen Nationalbank, Projektnummer: 17075.

Inhaltsverzeichnis

Sterbewelten in Österreich: Die Perspektive der Betroffenen auf gutes Sterben.....	1
1 Diskursive Konstruktion des guten Sterbens	2
1.1 Diskurse zu Sterben und Tod	2
1.2 Die Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ als diskursives Ereignis	4
1.3 Forschungsfokus	6
1.4 Aufbau des Berichts.....	7
2 Methodologie und Forschungsdesign.....	9
2.1 Die Wissenssoziologische Diskursanalyse als Forschungsansatz.....	9
2.2 Datengrundlage und Korpusbildung.....	11
2.3 Auswertung und Interpretation.....	17
2.4 Forschungsethische Reflexion	21
3 Die parlamentarische Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“	24
3.1 Vorgeschichte, Einsetzung und Durchführung	24
3.2 Die Debatte: Themen, Sprecherinnen und Sprecher.....	27
3.3 Beschluss der Enquete-Kommission	36
3.4 Bericht der Bioethik-Kommission zu Sterben in Würde	38
4 Der Diskurs des guten Sterbens in Österreich	41
4.1 Sterben in der heutigen Zeit	41
4.2 Merkmale des guten Sterbens.....	55
4.3 <i>Defizit und Ausbau</i> : gutes Sterben als strukturelles Problem.....	69
5 Konkurrierende Diskurse – das gleiche gute Sterben?	78
5.1 Der restriktive Sub-Diskurs: „An der Hand, nicht durch die Hand“	79
5.2 Der permissive Sub-Diskurs: der Tod als Ausweg	86
5.3 Der religiöse Sub-Diskurs: „Gott schenkt Leben“	93
6 Zusammenfassung und Diskussion	96
6.1 Die Institutionalisierung als Notwendigkeit.....	98
6.2 Das ruhige Sterben als Folge und Ziel der Institutionalisierung	100
6.3 Limitierungen der Untersuchung und Ausblick	103
7 Literatur- und Quellenverzeichnis	105

Sterbewelten in Österreich: Die Perspektive der Betroffenen auf gutes Sterben

Das Projekt *Sterbewelten in Österreich: Die Perspektive der Betroffenen auf „gutes Sterben“* nähert sich empirisch der Frage, wie der Prozess des Sterbens von Personen am Lebensende, Angehörigen und Nahestehenden sowie anderen involvierten Akteurinnen und Akteuren (u.a. Pflegekräften) wahrgenommen, gestaltet und beurteilt wird. Das Projekt gibt keine Definition oder Kriterien für gutes Sterben vor, sondern analysiert, wie gutes Sterben in Alltagsgesprächen, Praktiken, Sorgearrangements und gesellschaftlichen Diskursen produziert und reproduziert wird. Dazu kombiniert es verschiedene methodische Ansätze, um Daten und Erkenntnisse zu generieren, deren Zusammenhänge mittels einer an Michel Foucaults Konzept des Dispositivs orientierter Analyse (Bührmann und Schneider 2008) herausgearbeitet werden:

- 30 qualitative Interviews mit Betroffenen am Lebensende und Angehörigen von kürzlich verstorbenen Personen inklusive Reflexions- und Beobachtungsprotokollen.
- Wissenssoziologische Diskursanalyse der politischen und medialen Auseinandersetzung im Rahmen der parlamentarischen Enquete-Kommission zu „Würde am Ende des Lebens“ (2014–2015).
- Analyse von Online-Austauschplattformen zu Sterben und Tod.
- Recherche und Analyse ethischer Literatur zu gutem Sterben.
- Fokusgruppendifkussionen mit professionellen Pflegekräften zu Zwischenergebnissen und Forschungsprozess.

Das Projekt wurde durch Fördergelder des Jubiläumsfonds der Oesterreichischen Nationalbank unterstützt (Nr. 17075) und vom Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik/IFF der Alpen Adria Universität (Prof. Dr. Katharina Heimerl) koordiniert. Projektpartnerorganisationen sind die Gruppe Techno-Science & Societal Transformation am Institut für Höhere Studien, Wien, das Institut für Ethik und Recht in der Medizin an der Universität Wien, das Institut für Praktische Philosophie/Ethik der Katholischen Privatuniversität Linz und die Abteilung Palliative Care und Organisationsethik/Institut für Pastoraltheologie an der Karl-Franzens Universität Graz. Praxispartner, die vor allem für die Kontaktaufnahme mit Interviewpartnerinnen und -partner eine Rolle spielen, sind die Tiroler Hospizgemeinschaft, Innsbruck, das Österreichisches Institut für Validation, Klagenfurt, das Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie und Palliativmedizin, Klagenfurt, und die Caritas Socialis, Wien. Das Projekt wurde von Januar 2017 bis Juni 2018 durchgeführt.

1 Diskursive Konstruktion des guten Sterbens

Sterben und Tod sind sozial konstruierte Phänomene, die je nach sozialem, historischem und kulturellem Kontext auf unterschiedliche Weise gedeutet, bewertet, sozial eingebettet und praktiziert werden (Kellehear 2007; Walter 2012; Long 2004; Howarth 2007). Diskurse und darin produziertes und reproduziertes Wissen formen die Wahrnehmung von Sterben und Tod, sogar bis hin zur scheinbar objektivierbaren biologischen Grenze zwischen Leben und Tod (Bührmann und Schneider 2008, 138–42; Van Brussel und Carpentier 2012).

Diskurse können als „Komplex von Aussageereignissen und darin eingelassenen Praktiken, die über einen rekonstruierbaren Strukturzusammenhang miteinander verbunden sind und spezifische Wissensordnungen der Realität prozessieren“ (Keller 2011b, 235), verstanden werden. In und durch Diskurse finden Bedeutungszuschreibung und -generierung statt, wobei Diskurse gleichzeitig als Bedingung sozialer Phänomene, als auch als Ausdruck ebensolcher gesehen werden können. Diskurse materialisieren sich in Kommunikation, Texten, Artefakten und der Praxis sozialer Akteurinnen und Akteure und stellen zugleich eine Voraussetzung für deren handlungsstrukturierende Realitätskonstruktion dar (Keller 2011b, 235–39). Sie sind dabei stets „Machtstrukturen“; in ihnen finden Auseinandersetzungen um Wirklichkeiten und Wahrheiten, „Konflikte um Deutungsmacht“ statt (Keller 2011b, 208; siehe auch Foucault 1993).

Das Projekt *Sterbewelten in Österreich* fragt danach, was gutes Sterben aus der Perspektive von Betroffenen, Angehörigen und anderen im Sterbeprozess involvierten Personen bedeutet. Aufbauend auf den Forschungsansatz der Dispositivanalyse zielt das Projekt auf die „umfassende Rekonstruktion der *dispositiven Konstruktion der Wirklichkeit*, also der Konstruktion von Wirklichkeit über diskursive und nicht-diskursive Praktiken in ihren sowohl symbolischen wie materialen Äußerungsformen“ (Bührmann und Schneider 2008, 85) ab. Die Grundannahme ist, dass situativ wirksame und individuelle Verständnisse von gutem Sterben, welche im Projekt über qualitative Interviews erforscht werden, in Zusammenhang mit öffentlich geführten Auseinandersetzungen sowie sozialen Diskursen über das gute Sterben stehen.

1.1 Diskurse zu Sterben und Tod

In modernen westlichen Industriegesellschaften, insbesondere bis Mitte des 20. Jahrhunderts, dominiert die medizinisch-therapeutische Perspektive Diskurse rund um Sterben und Tod. Diese Perspektive rückt Erkrankungen und deren Behandlung in den Mittelpunkt. Sie ist historisch verzahnt mit der Weiterentwicklung medizinisch-technischer Möglichkeiten und sozialen Wandlungserscheinungen, etwa Säkularisie-

rungs-, Professionalisierungs- und Individualisierungstendenzen. Das Sterben wird dabei zu einem professionell zu behandelnden pathologischen Prozess. Das medizinisch-technische Hinauszögern des Todes ist das Ziel (Howarth 2007, 30–31; Van Brussel und Carpentier 2012). Insbesondere die Studie von Philippe Ariès (2005) hat die damit zusammenhängenden Phänomene der Medikalisierung, Technologisierung und Institutionalisierung des Sterbens, die fortschreitende Entfremdung von einem ‚natürlichen‘ und familienzentrierten Tod² und damit eine Tabuisierung von Sterben und Tod in der Moderne nachgezeichnet (ähnlich auch Gorer 1955; Kübler-Ross 2009). Zwar wurde Elementen dieser Diagnose, etwa der Tabuisierung und Verdrängung des Todes in der Moderne, immer wieder begründet widersprochen oder eine differenziertere Perspektive auf dieses Phänomen gefordert (Armstrong 1987; Kellehear 1984; Walter 1991; Zimmermann und Rodin 2004), aber nichtsdestotrotz hat die Tabuisierungsthese Wirkung entfaltet, sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung wie auch in Fachdiskursen (Zimmermann und Rodin 2004).

Hospiz- und Palliativbewegung haben sich aus der Kritik an diesem medikalisierten und tabuisierten Sterbens heraus entwickelt und den Diskurs des guten Sterbens ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts beeinflusst. Sie fordern eine holistische Sichtweise des Sterbenden, die nicht nur körperliche, sondern auch soziale und psychologische Aspekte in Betreuung und Pflege stärker berücksichtigt und die betroffene Person in ihrer Gesamtheit – nicht nur als medizinischen Fall – wahrnimmt. Sterben wird als ein integraler Bestandteil des Lebens gesehen und der Tod eben nicht als Niederlage der Medizin, der Angehörigen oder der Betroffenen (Hart, Sainsbury, und Short 1998; Walters 2004). Van Brussels & Carpentier (2012) identifizieren diesen Diskurs, der Sterben als etwas Vertrautes, das akzeptiert, nicht gestört und offen besprochen werden muss, als „medical-revivalist“. Dieser ist eben nicht nur durch die Enttabuisierung des Todes, sondern auch durch die Kontrolle und Optimierung des Sterbeprozesses durch medizinische Mittel, vor allem Schmerzmittel und Mittel zur Symptomkontrolle, gekennzeichnet (Van Brussel und Carpentier 2012).

In medial vermittelten Diskursen werden das gute und das schlechte Sterben einer breiten Öffentlichkeit zugänglich hervorgebracht und reproduziert. Mediale Berichte sind jedoch nicht als Abbilder einer unabhängigen Realität zu sehen, sondern als selbst

² Diesem Bild vom guten Sterben in vergangenen Zeiten wird jedoch ein verklärender und undifferenzierter Blick auf die Vergangenheit attestiert. Ariès' historische Studie beruht weitgehend auf (zum Teil fiktiven) Berichten vom Sterben gehobener Schichten aus unterschiedlichen kulturhistorischen Epochen. Die von ihm untersuchten Texte spiegeln oft weniger die Realität des Sterbens wider, sondern können als idealisierte und selbstversichernde Erzählungen gelesen werden. Der Interpretation dieser Texte stellt Ariès eine Analyse des Sterbens in der Moderne gegenüber, der Differenziertheit in Bezug auf den Sterbeprozess fehlt. Dadurch kommt Ariès zu einer pessimistischeren Einschätzung des Sterbens in der Moderne, die ihre spezifischen Sozialdynamiken und Charakteristiken außer Acht lässt (Kellehear 2007, 172–76).

für die Konstruktion von Diskursen und damit Wirklichkeit verantwortlich (Van Dijk 2013). Gekennzeichnet von der Tendenz zu „[d]rama, negativity, and personalization“ (McInerney 2006, 664) reproduzieren Medien bestimmte Bilder und Narrative des Sterbens. Besonders außergewöhnliche Einzelfälle werden zu Repräsentantinnen allgemeiner sozialer Herausforderungen des Sterbens stilisiert und ein Set an Akteurinnen und Akteure mit typischen Charakteristiken tritt in Erzählungen hervor. Im medialen Diskurs um Tötung auf Verlangen in Australien sind so „fearful villainy“, „rebel heroes“, „heroic victims“ (McInerney 2006) Akteurinnen und Akteuren in dramatischen und existentiellen Auseinandersetzungen am Lebensende. Mediendiskursen in Belgien heroisieren sowohl Personen, die sich für eine Tötung auf Verlangen oder assistierten Suizid entschieden haben, als auch solche, die dies bewusst nicht getan haben, sondern palliative Versorgung erhielten. Dies geschieht vor dem Hintergrund einer geteilten Vorstellung der bewussten, akzeptierenden und planenden Sterbenden als den guten Sterbenden (Van Brussel und Carpentier 2012).

Ähnliche Vorstellungen vom positiven heroischen Sterben existieren auch auf individueller Ebene. Befragte in Großbritannien schildern das planvoll antizipierende und sozial begleitete Sterben als heroisch (Seale 1995). Demgegenüber zeigt sich der einsame, nicht sozial eingebettete Tod in der medialen Vermittlung als schlechter und gefürchteter. Dieser Tod wird vor allem mit moralisch fragwürdigen und sozial devianten Personen in Verbindung gebracht. Medienberichte in Großbritannien konstruieren das einsame Sterben als Folge eines falschen individuellen Lebenswandels sowie als Versäumnis der Gemeinschaft (Seale 2004). Die dabei wirksame Individualisierung des Sterbens – positiv gewendet die „Vorstellung, jeder solle so sterben, wie er es wünscht“ (Streeck 2017, 37) –, die als Konsens im Diskurs rund um das gute Sterben in Gegenwartsgesellschaften erscheint, kann sich zu einem Imperativ entwickeln. Die einzelnen Personen müssen für ihr gutes Sterben (vor-)sorgen und sich aktiv daran beteiligen: diese „Optimierung des Lebensendes“ (Streeck 2017) ist jedoch riskant und kann überfordern. Verschiedene soziale Akteurinnen und Akteure bringen Kontrolle, Autonomie und Würde als zentrale Merkmale des guten Sterbens, aber auch einer individualisierten (Konsum-)Gesellschaft hervor. Je nach deren normativer Position und politischen Zielen werden Kontrolle, Autonomie und Würde jedoch unterschiedlich praktiziert (Van Brussel und Carpentier 2012).

1.2 Die Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ als diskursives Ereignis

Vor der Grundannahme, dass das gute Sterben als sozial bedingtes Phänomen zu begreifen ist, stellt sich die Frage, wie das gute Sterben in Österreich diskursiv konstruiert wird. Zwar gibt es eine Reihe von Studien, die sich Diskursen rund um Sterben in ver-

schiedenen Kontexten oder der ‚Moderne‘ abseits von nationalen Differenzen widmet. Die Annahme ist jedoch berechtigt, dass einzelne Länder und Gesellschaften aufgrund sozialer, ökonomischer, politischer, institutioneller und kultureller Gegebenheiten und der je spezifischen historischen Entwicklung Besonderheiten im Umgang mit Tod und Sterben aufweisen (Walter 2012). Die Übertragung oder Generalisierbarkeit von Erkenntnissen ist somit nur eingeschränkt möglich. Über den Diskurs um das gute Sterben liegen für Österreich bislang keine umfassenden Erkenntnisse vor.

Um diese bestehende Forschungslücke zu schließen und die kontemporären gesellschaftlichen Diskursen des guten Sterbens in Österreich zu analysieren, wurde ein landesspezifisches „diskursives Ereignis“ (Jäger 2012, 80–82) als Untersuchungsobjekt herangezogen. Mitte 2014 setzte der österreichische Nationalrat eine parlamentarische Enquete-Kommission zum Thema „Würde am Ende des Lebens“ ein, die zum Ziel hatte, sich „intensiv mit den Themen Hospiz- und Palliativmedizin, Patientenverfügung, rechtliche Verankerung des Verbots der Sterbehilfe und des Grundrechts auf würdevolles Sterben“ (Österreichisches Parlament 2014e) zu befassen. Rund um diesen Prozess kam es zu einer öffentlichen Auseinandersetzung mit der Enquete-Kommission und den durch diese behandelten (und ausgeklammerten) Themen. Die Enquete-Kommission schaffte institutionelle Rahmenbedingungen und öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema, die es verschiedenen gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteuren ermöglichte, ihre eigenen Meinungen und Sichtweisen auf das Thema zu erörtern. Dabei ging es nicht nur darum, dass (ausgewählte) Personen und Organisationen innerhalb der offiziellen Veranstaltung, das heißt in den Sitzungen oder Pressekonferenzen, eine bestimmte Perspektive einbringen und präsentieren konnten. Individuen und Organisationen konnten auch schriftliche Stellungnahmen einbringen, die zum Teil der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurden. Neben dem offiziellen Rahmen schaffte die Enquete-Kommission darüber hinaus einen medialen Aufmerksamkeitsraum: Sterben, Tod und andere damit verbundene Sachverhalte wurden zu medial vermittelten und diskutierten Themen.

Wie verhält sich aber das von der Enquete-Kommission besprochene Sterben ‚in Würde‘ zum guten Sterben, welches im Zentrum der Untersuchung steht? Inwiefern kann die Analyse der Enquete-Kommission Antwort auf die Frage, nach der diskursiven Hervorbringung des guten Sterbens liefern, wenn die Enquete-Kommission doch mit dem ‚würdevollen‘ Sterben beschäftigt war? Die hier vorliegende Studie interpretiert den durch die Enquete-Kommission verwendeten Terminus der *Würde* als einen in letzter Instanz unbestimmten Platzhalter. Sie legt die Annahme zugrunde, dass sich die öffentlichen Auseinandersetzungen mit dem Sterben, damit zusammenhängenden Sachverhalten (Alter, Krankheit, Pflege etc.) und involvierten AkteurInnen (Angehörige, Pflegekräfte, Medizinerinnen und Mediziner etc.) beschäftigten. Die Beiträge zur Debatte

füllten den Begriff der Würde mit Erfahrungsbeispielen, Deutungen und Bewertungen von verschiedenen Sterbeprozessen oder -aspekten. Diese konkreten Ausformungen, ob in Form von gemachten Erfahrungen und/oder imaginierten Vorstellungen, in Verbindung mit normativen Beurteilungen stellen die empirische Daten für die Untersuchung des gesellschaftlichen Diskurses rund um das als *gut* (oder in Kontrast dazu *schlecht*) markierte Sterben dar. Wie sich im Zuge der Auswertung gezeigt hat, war diese Annahme berechtigt. Die Ergebnisdarstellung und insbesondere der Abschnitt zum Diskurs des guten Sterbens in Österreich gehen näher auf den Umstand der interpretativen Konstruktion des guten Sterbens ein (siehe 4.2).

1.3 Forschungsfokus

Im Zentrum der vorliegenden empirischen Untersuchung steht die Frage, wie *gutes Sterben* als komplexes soziales Phänomen diskursiv hervorgebracht wird. Die Untersuchung identifiziert dazu zunächst die Charakteristika des Sterbens im Allgemeinen und des *guten* oder *schlechten* im Speziellen und arbeitet diese analytisch heraus. Von Interesse ist nicht nur die Benennung bestimmter Kriterien, Sachverhalte oder AkteurInnen, sondern auch, auf welches Wissen, welche Erwartungen und Vorstellungen sich diese narrativ beziehen, also, wie Sterbeprozesse in verschiedenen Kontexten erlebt und imaginiert werden.

Sterben findet situativ, sozial und strukturell eingebettet, als räumlich verortetes, symbolisch aufgeladenes und körperliches Ereignis statt. Die Analyse berücksichtigt diese verschiedenen Facetten und richtet den Fokus auf die mit dem Sterben und guten Sterben verknüpfte imaginierte oder reale Situation der sterbenden Person, in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht. Gleichzeitig nimmt sie die Bedeutung und Rollen von weiteren relevanten Akteurinnen und Akteuren in den Blick. An- und Zugehörige, Pflegekräfte, Medizinerinnen und Mediziner genauso wie weitere gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure (Politikerinnen und Politiker, Expertinnen und Experten, in der Öffentlichkeit stehende Personen, aber auch Organisationen und Unternehmen etc.) kann Bedeutung in diesem Kontext und für das gute Sterben zugeschrieben werden. Es tauchen Fragen auf wie: Wer ist relevant und auf welche Art und Weise? Wie tragen sie zum guten Sterben bei oder wie verhindern sie es? Dabei verbleibt die Analyse jedoch nicht auf dieser Ebene der Akteurinnen und Akteure, sondern fragt auch danach, wie die soziale Einbettung, der soziale Kontext, die Institutionen in und mit dem diese agieren diskursiv konstruiert werden.

Die im Folgenden durchgeführte diskursanalytische Aufarbeitung der Enquete-Kommission berücksichtigt den Umstand, dass es einen formellen Rahmen gibt, der jedoch durch den Einbezug verschiedener Akteurinnen und Akteure und aktive Medi-

enberichterstattung inhaltlich erweitert wird. Die Untersuchung reflektiert einerseits wie die Setzung eines Rahmens – etwa durch die Formulierung von bestimmten Zielen, die Identifikation spezifischer Themen als relevant, die Ausgestaltung des Sitzungsprogramms und die Einladung von Expertinnen und Experten – den Diskurs (mit-)prägt. Andererseits analysiert sie, wie abseits davon weitere Themen auf- und eingebracht werden und wie diese im Verhältnis zur Themensetzung durch die Enquete-Kommission stehen. Dementsprechend behandelt sie die Frage, inwiefern die formell organisierte Diskursarena der parlamentarischen Enquete-Kommission darüber hinausgehende gesellschaftliche Diskurse (hier als medialer Diskurs und als Stellungnahmen externer Akteurinnen und Akteure) berücksichtigt, widerspiegelt oder negiert.

Die durch die Enquete-Kommission formell eröffnete Möglichkeit der Stellungnahme schafft formal eine Position des Sprechens mit bestimmten Charakteristika. Bürgerinnen und Bürger werden dazu aufgerufen, „kurze schriftliche Stellungnahmen“ (Österreichisches Parlament o. J.) per Email abzugeben. Die Politik begründet diesen Schritte mit dem Bemühen um eine „breite Einbeziehung der Bevölkerung bei diesem wichtigen Thema“ (Österreichisches Parlament 2014e), nicht nur durch die öffentliche Abhaltung und Live-Videoübertragung im Internet, sondern auch durch das Bereitstellen der Sitzungsprotokolle auf der Website des Parlaments. Bürgerinnen und Bürger sollten „Stellungnahmen abgeben können, die ebenfalls veröffentlicht werden“ (Österreichisches Parlament 2014e). Diskursanalytisch stellt sich jedoch die Frage, wie sozialen Akteurinnen und Akteuren diese institutionell hergestellten Sprechpositionen selbst einnehmen und (um-)interpretieren und wie sie sich als eigene Subjekte mit spezifischen Identitäten positionieren. Komparativ dazu ist von Interesse, wie die Enquete-Kommission und die darin versammelten sozialen Akteurinnen und Akteuren – vor allem Politikerinnen und Politiker, aber auch Expertinnen und Experten sowie Personen aus der Verwaltung – die verschiedenen Rollen definieren und diesen Bedeutung verliehen.

1.4 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht stellt das Vorgehen und die Resultate der Analyse der parlamentarischen Enquete-Kommission umfassend dar. Die Darstellung zielt dabei zwar einerseits auf größtmögliche Klarheit ab, andererseits soll diese Klarheit nicht inhaltliche Unklarheiten überdecken: diskursive Widersprüche und Mehrdeutigkeiten oder auch offene Fragen werden nicht verdeckt, sondern aktiv aufgezeigt.

Zunächst wird die Wissenssoziologische Diskursanalyse als Forschungsansatz vorgestellt (siehe 2.1). Ihre Grundannahmen und methodische Schlüsse werden kurz erläutert, bevor auf das konkrete Vorgehen in Bezug auf Datenerhebung, Datenverarbeitung

(Korpusbildung), Analyse und Interpretation der Daten eingegangen wird (siehe 2.2). Ein Schwerpunkt beim Thema Korpusbildung liegt auf der Charakterisierung der insgesamt gesammelten Daten und der Explikation des Selektionsprozesses. Die Beschreibung der Datenanalyse fokussiert wiederum hauptsächlich auf die Adaption des durch die Wissenssoziologische Diskursanalyse vorgeschlagenen Auswertungsprozesses an das Forschungsvorhaben (siehe 2.3). Abschließend wird eine forschungsethische Reflexion betreffend der Nutzung und Analyse der Daten vorgenommen (siehe 2.4).

Kapitel 3 präsentiert erste Erkenntnisse der Beschäftigung mit dem untersuchten Phänomen. Es liefert einen weitgehend deskriptiven, zum Teil aber bereits analytischen Überblick der parlamentarischen Enquete-Kommission. Deren Genese und Durchführung werden nachgezeichnet. Insbesondere werden die verschiedenen Akteurinnen und Akteure, die sich in oder rund um die Enquete-Kommission zum Thema äußerten, sowie die durch diese besprochenen Themen charakterisiert. Damit soll ein Überblick über die konkrete Landschaft an Akteurinnen und Akteuren gegeben werden, die den untersuchten Diskurs durch ihre Äußerungen mit hervorbrachten und reproduzierten.

Kapitel 4 stellt schließlich die Ergebnisse der Diskursanalyse vor und zeichnet den dominanten Diskurs rund um das Sterben im Allgemeinen und das gute Sterben im Speziellen, wie er sich rund um die Enquete-Kommission entfaltet und reproduziert, nach. Darauf folgend werden konkurrierende Diskursstränge (als Sub-Diskurse verstanden) analysiert und deren Verhältnis zueinander und zu dem dominanten Diskurs interpretiert (Kapitel 5). Abschließend werden die zentralen Erkenntnisse zusammen getragen und kritisch diskutiert (Kapitel 6).

2 Methodologie und Forschungsdesign

Die Untersuchung der parlamentarischen Enquete-Kommission zu „Würde am Ende des Lebens“ folgt einem qualitativen Ansatz empirischer Sozialforschung. Sie baut methodologisch auf die maßgeblich von Reiner Keller konzeptualisierte Wissenssoziologische Diskursanalyse (Keller 2009, 2011b, 2011c; Keller und Truschkat 2013) auf. Diese wiederum verbindet und erweitert die Wissenssoziologie von Berger und Luckmann (2016), die Hermeneutische Wissenssoziologie (Hitzler, Reichertz, und Schröer 1999) und die Diskurstheorie von Foucault (u.a. 2012, 2014a, 2014b, 2015).

In den folgenden Abschnitten geht es einerseits darum, das theoretisch-methodologische Vorverständnis und die daraus für die empirische Untersuchung relevanten Folgen darzulegen. Andererseits wird das konkrete empirische Vorgehen transparent dargestellt, um die Reichweite und Qualität der Erkenntnisse besser beurteilen zu können. Im Anschluss an die Ergebnisdarstellung werden inhaltliche Folgen des methodischen Ansatzes diskutiert und Möglichkeiten zur Anschlussforschung aufgezeigt (siehe 6.3).

2.1 Die Wissenssoziologische Diskursanalyse als Forschungsansatz

Die Wissenssoziologische Diskursanalyse kann als „Forschungsprogramm zur Analyse gesellschaftlicher Wissensverhältnisse und Wissenspolitiken“ (Keller 2013, 27) verstanden werden. Sie fokussiert darauf, wie „soziale Konstruktionen von Deutungs- und Handlungsstrukturen“ (Keller 2013, 27) auf unterschiedlichen Ebenen hergestellt und reproduziert werden. Die Anwendung der Wissenssoziologischen Diskursanalyse ist nicht auf streng eingegrenzte Fragestellungen oder Themen begrenzt. Sie lässt sich je nach Erkenntnisinteresse und Untersuchungsgegenstand anpassen, auch, weil sie „wenig theoretische Vorannahmen über die Gegenstände beinhaltet“ (Keller 2013, 29), die sie erforscht. Eine umfassende Darstellung der Genese, Charakteristika und Spezifika der Wissenssoziologischen Diskursanalyse findet sich bei Keller (2011b). Im Folgenden werden die Eckpfeiler des Forschungsansatzes erläutert.

Die Wissenssoziologische Diskursanalyse definiert Diskurse als „historisch entstandene und situierte, geregelte Aussagepraktiken, welche die Gegenstände konstituieren, von denen sie handeln“ (Keller 2013, 30) und schließt damit an den Diskursbegriff bei Foucault an (u.a. Foucault 2015). Dabei werden, anders als bei Foucault, nicht nur wissenschaftliche und Fachdiskurse und die Herstellung von Subjekten in und durch diese in den Blick genommen. Die Wissenssoziologische Diskursanalyse untersucht Diskursen in verschiedenen gesellschaftlichen Teilbereichen und hinsichtlich unterschiedlicher Fragestellungen (Keller 2013, 30–31) mit Fokus auf die darin herrschenden Wissens-

verhältnisse. Wissensverhältnisse werden dabei als „sozial erzeugte und historisch situierte Konfigurationen von Wirklichkeits-, d.h. Faktizitäts- und Normativitätsbehauptungen“ (Keller 2013, 27), verstanden. Diese schließen „neben dem Faktischen, dem Wahren und dem Richtigen auch Bestimmungen des Schönen, des Möglichen, des Guten und Bösen, des Übernatürlichen, Transzendentalen usw.“ (Keller 2013, 28) mit ein.

Das Verhältnis zwischen Diskursen und sozialen Akteurinnen und Akteuren in der Wissenssoziologischen Diskursanalyse wird nicht als ein einseitiges gesehen: Diskurse determinieren nicht zwingend die gesellschaftliche Wirklichkeit und das Handeln von Personen. Sie sind „einschränkende und ermöglichende Strukturierungen“ (Keller 2013, 30), die jedoch nicht starr sind, sondern deren Veränderung möglich ist. Akteurinnen und Akteure können sich Diskurse mehr oder weniger kreativ aneignen, modifizieren und weiter vermittelt – oder aber auch bloß reproduziert (Keller 2013, 36). Soziale Akteurinnen und Akteure, dies können Individuen, Kollektive oder Organisationen sein, nehmen in Diskursen bestimmte Sprechpositionen ein, das sind „Orte des legitimen Sprechens innerhalb von Diskursen“ (Keller 2011b, 223). Sie können diese jedoch auf unterschiedliche Art und Weise interpretieren und verwirklichen. Diskurse produzieren und reproduzieren dabei verschiedene Subjektpositionen und Identitäten (Keller 2011b, 223).

Der Diskurs als untersuchter Gegenstand stellt sich den Forschenden nicht als etwas objektiv Gegebenes dar; vielmehr wird er durch die Forschenden hervorgebracht. Erst diese identifizieren und interpretieren einen inhaltlichen und strukturellen Zusammenhang einer Vielzahl von Äußerungen, die an unterschiedlichen Orten, zu verschiedenen Zeiten, von einer ganzen Reihe von sozialen Akteurinnen und Akteuren geäußert werden (Keller 2011a, 83). Einzelne Diskurse tauchen dabei nicht gebündelt oder in ihrer Ganzheit in einem Untersuchungsobjekt (Dokument, Text, Artefakt, Praktik etc.) auf, sondern liegen „quer zu einzelnen Situationen oder Dokumenten als Bedeutungseinheiten“ (Truschkat 2013, 84). Es sind diese „textübergreifende[] Verweiszusammenhänge in Gestalt von diskursiven Strukturen“ (Keller 2011b, 275), auf die die interpretative Arbeit abzielt. Die Wissenssoziologische Diskursanalyse kann in ihrem Vorgehen dementsprechend als „ko-konstruktiv“ (Truschkat 2013, 82) verstanden werden, weil sie Zusammenhänge herstellt. Diese Konstruktionsleistung und die einzelnen Schritte der Untersuchungen müssen nachvollziehbar gemacht, theoretisch begründet und reflektiert werden (Truschkat 2013, 83). Die Forschung und deren Ergebnisse selbst stellen schlussendlich selbst einen „Diskurs über Diskurse“ (Keller 2011b, 269, 2013, 43) dar.

Die Wissenssoziologische Diskursanalyse wurde zwar als qualitativer und empirischer Forschungsansatz entworfen, verfügt aber über kein genuines und fixiertes Methodenrepertoire (Keller 2013, 49). Gleichzeitig weisen Vertreterinnen und Vertreter auf die

Überschneidungen mit und die mögliche Adaptierung neuerer Varianten der Grounded Theory Methodologie hin. Die Grounded Theory bietet „einerseits ein theoretisch begründetes Forschungsvorgehen und andererseits einen offenen Forschungsrahmen“ (Truschkat 2013, 83), während die Wissenssoziologische Diskursanalyse „eine Art Kodierparadigma“ (Truschkat 2013, 84) zur Verfügung stellt, welches auf der Unterscheidung der Diskurselemente „Deutungsmuster, Klassifikationen, Phänomenstrukturen und narrative Strukturen“ (Keller 2011b, 240 siehe auch 240-252) basiert. Insbesondere die in der Grounded Theory verankerten Methode des theoretischen Samplings, das heißt die theoriegeleitete und reflektierte Auswahl von Fällen und Daten für die Analyse (minimale und maximale Kontrastierung), deren auf Theoriegenerierung hin ausgerichtete Forschungsprozess und der Prozess des Kodierens lassen sich in die Wissenssoziologischen Diskursanalyse integrieren (Truschkat 2013; Keller 2013, 49–65).

Die Wissenssoziologische Diskursanalyse als Forschungsansatz wurde in den letzten Jahren zur Untersuchung verschiedener Diskurse adaptiert und unterschiedlich eingesetzt. So wurden Mediendiskurse zu Corporate Social Responsibility im Finanzsektor (Herzig und Moon 2013), zu Hausmüll in Deutschland (Keller 2009) oder zu einem Moscheebau in einer Deutschen Stadt (Biermann 2014) durch die Analyse von Zeitungsartikeln untersucht. Andere Studien haben qualitative Interviews als eine empirische Grundlage ihrer Diskursanalyse genommen, etwa mit angelernten Arbeitern (Bosančić 2014), und diese mitunter mit anderen Daten (Dokumente, Beobachtung) verknüpft, wie Engelhardt (2015) in ihrer Untersuchung von Innovation in der zeitgenössischen bildenden Kunst. Wissenschafts- und Fachdiskurse wurden ebenfalls untersucht, etwa zu Demographie und Personal (Sander 2016) oder Terrorismusforschung (Brunner 2011) – weitere Studien finden sich bei Keller und Truschkat (2013). Die Adaption dieses Forschungsansatzes erscheint vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses der vorliegenden Studie entsprechend vielversprechend.

2.2 Datengrundlage und Korpusbildung

In den verschiedenen Dokumenten, in Berichterstattungen, Stellungnahmen und der parlamentarischen Auseinandersetzung rund um die Enquete-Kommission manifestieren sich Elemente von Diskursen zum guten Sterben. Diese können interpretativ herausgearbeitet und verknüpft werden. In den einzelnen Texten und Dokumenten findet sich zumeist kein vollständiger Diskurs beziehungsweise repräsentieren diese nicht notwendigerweise nur einen Diskurs. Vielmehr sind einzelne Texte als „Diskursfragmente“ zu verstehen, die „kompatible Teilstücke von Diskursen [beinhalten]“ (Keller 2013, 63). Die analytische und interpretatorische Arbeit kann die typischen Diskurselemente eines Textes identifizieren und mit anderen in Verbindung bringen, um so zu Erkenntnissen der größeren Gestalt und Strukturierung von Diskursen zu gelangen.

Eine Datengrundlage für die Diskursanalyse bilden auf der Website des Österreichischen Parlaments öffentlich zugängliche Dokumente (Österreichisches Parlament o. J.), die mit der Enquete-Kommission in Zusammenhang stehen. Diese umfassen Sitzungsprotokolle, Berichte und Parlamentskorrespondenzen der Enquete-Kommission selbst sowie Stellungnahmen zur Kommission und den darin behandelten Themen. Diese wurden im März 2017 systematisch und vollständig heruntergeladen und geordnet.³ Die Stellungnahmen konnten hinsichtlich der einreichenden Entität oder Person in einem ersten Lesedurchgang zugeordnet werden. Der Großteil der Stellungnahmen wurde von Privatpersonen verfasst, die zwar mitunter ihre Profession oder Position innerhalb einer Organisation identifizierten, jedoch in ihrem eigenen Namen sprachen (84%). Die anderen Stellungnahmen wurden im Namen von Organisationen eingereicht (16%) (Übersicht Tabelle 1).

Tabelle 1 Übersicht Stellungnahmen zur Enquete-Kommission

	Anzahl	Anteil
Stellungnahmen Gesamt	712	100%
Stellungnahmen nicht-öffentlich	382	53,65%
Stellungnahmen öffentlich	330	46,35%
Öffentlich Stellung nehmende Personen und Organisationen*	325	100%
Stellungnehmende Organisationen	52	16,00%
Stellungnehmende Privatpersonen**	273	84,00%
• davon männlich	145	53,11%
• davon weiblich	128	46,89%

* Stellungnahmen von Privatpersonen wurden zum Teil von mehreren Personen verfasst. Diese Stellungnahmen wurden entsprechend häufiger gezählt. Einige Personen und Organisationen reichten mehrere Stellungnahmen ein (zum Beispiel Ergänzungen zu einer initialen Stellungnahme); diese wurden als zusammenhängend identifiziert und nur einmalig gezählt. Deshalb gibt es einen zahlenmäßigen Unterschied in den öffentlichen Stellungnahmen und den Stellungnehmenden Personen und Organisationen.

** Einreichende Individuen identifizierten sich zum Teil als klar einer bestimmten Organisation zugehörig, zum Beispiel als Geschäftsführer, Mitarbeiter, etc. Da die Stellungnahmen jedoch nicht offiziell im Namen einer Organisation eingereicht wurden, wurden diese als Stellungnahmen von Privatpersonen gewertet.

Der Leiter des Nationalratsdienstes berichtete in einer Präsentation im Rahmen der dritten Sitzung der Enquete-Kommission (Österreichisches Parlament 2014b, 31) davon, dass von bis dahin 628 eingegangenen Stellungnahmen, das heißt von öffentlich wie nicht öffentlich zugänglichen, zehn von öffentlichen Institutionen, 49 von „NGOs,

³ Die Stellungnahmen sind mittlerweile über die Parlamentswebseite nicht mehr verlinkt. Nichtsdestotrotz können die Dokumente über Internetsuchmaschinen gefunden und abgerufen werden. Das heißt, die Links wurden zwar von der Webseitenoberfläche entfernt, nicht jedoch die verknüpften Dateien vom Server genommen (Stand: April 2018).

Interessenvertretungen und kirchlichen Organisationen“⁴ sowie 569 von Privatpersonen waren. Von den Privatpersonen waren 265 von Frauen (46,57%), 281 (49,38%) von Männern und 23 von Paaren oder nicht zuordenbar (4,04%). Über die Verteilung dieser Charakteristika in allen letztendlich erhaltenen Stellungnahmen (weitere 80 Stellungnahmen wurden danach eingereicht) konnten keine Angaben gefunden werden. Diese prozentuale Verteilung zwischen Organisationen und Privatpersonen weicht nicht maßgeblich von der festgestellten Verteilung in den letztendlich öffentlich einsehbaren Stellungnahmen ab.

Um medial vermittelten Diskurse in Verbindung mit diesem Ereignis zu erfassen, wurde eine Medienrecherche durchgeführt und Zeitungsartikel gesammelt, die sich auf die parlamentarische Enquete-Kommission beziehen. Eine Suchanfrage in der WISO Presse Datenbank (GBI-Genios Deutsche Wirtschaftsdatenbank GmbH, o. J.) mit dem Suchstring „Würde am Ende des Lebens“ OR (Enquete* AND Sterben)⁵ wurde durchgeführt⁶. Die Suche wurde auf den Zeitraum zwischen 01.01.2014 und 31.12.2015 und auf 18 in der Datenbank verfügbaren österreichischen Tage- und Wochenzeitungen sowie Wochenmagazinen⁷ eingeschränkt. Diese Zeitspanne deckt rund sechs Monate vor der Konstituierung der Enquete-Kommission und rund neun Monate nach deren Abschluss ab. Die WISO Presse Datenbank enthält den Volltext der Artikel, jedoch keine Abbildungen, Verlagsbeilagen oder Anzeigen. Die so gefundenen Artikel wurden in einem ersten Schritt durchgesehen und dabei redundante (zum Beispiel wortgleich von Presseagenturen übernommene Texte) sowie nicht mit dem Thema Sterben zusammenhängende Berichte entfernt. Es wurden Dokumente und Artikel aus dem Korpus ausgeschieden, die zwar die Enquete-Kommission nennen, jedoch nicht das Thema Sterben inhaltlich behandeln; so etwa Artikel, die die Enquete-Kommission zur „Würde am Ende des Lebens“ als ein Beispiel für Enquete-Kommissionen im Allgemeinen heranziehen, ohne jedoch auf damit verbundene Inhalte und Diskussionen einzugehen. 131

⁴ Bei der Zählung in Tabelle 1 wurden mehrere Stellungnahmen von einer Organisation nur einmal gezählt. Außerdem wurden mitunter Privatpersonen, die ihre Organisationszugehörigkeit kundtun, aber nicht im Namen der Organisation sprechen, nicht dazu gezählt. Durch diese Faktoren lässt sich der Unterschied zwischen hier 59 und in der Tabelle 52 Stellungnahmen von Organisationen erklären.

⁵ Das heißt, es wurde sowohl nach Artikeln gesucht, die den vollen Namen der Enquete-Kommission nannten („Würde am Ende des Lebens“) und/oder in deren Text sowohl „Enquete“ oder erweiterte Wörter (Enquete* lässt etwa „Enquetekommission“, „Enquete-Kommission“ oder ähnliche Wörter zu, die mit „Enquete“ beginnen) als auch „Sterben“ vorkamen.

⁶ Der Suchstring wurde zuvor probeweise modifiziert, was jedoch in manchen Fällen relevante Artikel nicht erfasste, in anderen Fällen wiederum zu einer Überfülle an nicht mit dem diskursiven Ereignis verknüpfte Artikel führte.

⁷ Der Standard, Die Presse, Falter, Format, Kleine Zeitung, Kronen Zeitung, Kurier, Neue Kärntner Tageszeitung, Neues Volksblatt, Neue Vorarlberger Tageszeitung, NEWS Nachrichtenmagazin, Oberösterreichische Nachrichten, Profil, Salzburger Nachrichten, Tiroler Tageszeitung, Vorarlberger Nachrichten, Wiener Zeitung, Wirtschaftsblatt.

Artikel wurden schlussendlich heruntergeladen und für die weitere computerunterstützte Analysearbeit als einzelne Textdokumente gespeichert.

Um die Genese der Enquete-Kommission besser zu verstehen wurde eine zusätzliche Medienrecherche in derselben Datenbank für das Jahr 2013 durchgeführt. Da sich die Enquete-Kommission als explizites Vorhaben erst Ende 2013 im Regierungsprogramm von SPÖ und ÖVP findet, mussten dafür andere Suchbegriffe gefunden werden⁸. Die erste inhaltliche Auseinandersetzung mit der Genese der Enquete-Kommission zeigte, dass der Suchstring *Sterbehilfe AND Verfassung* diesbezüglich relevante Ergebnisse hervorbrachte. Weitere 20 Zeitungsartikel aus 2013 ergänzten nach Durchsicht schlussendlich die gefundenen Artikel aus 2014 und 2015, wodurch insgesamt 151 Artikel als Grundstock der Analyse berücksichtigt wurden.

Diese Suchstrategien brachten Medienberichte hervor, die sich entweder direkt mit der Enquete-Kommission beschäftigten oder sich zumindest auf diese beziehen. Der Fokus auf die Enquete-Kommission als soziales Phänomen war aus forschungspragmatischen Gründen erforderlich. Thematisch breiter angelegte Suchen im gleichen Zeitraum brachten wesentlich umfassendere Ergebnisse zutage. *Sterben OR gestorben* zeitigte rund 26.000 Ergebnisse, eine fokussierte Suche, die verschiedene Sterbeorte beinhaltet, – (*Sterben OR gestorben*) AND (*Hospiz OR Krankenhaus OR Palliativ OR Zuhause OR Pflege**) – kam auf immerhin noch 2.788 Ergebnisse; von diesen überschritten sich rund hundert Ergebnisse mit der Suche nach „*Würde am Ende des Lebens*“ OR (*Enquete* AND Sterben*).

Das durch Recherche auf der Parlamentswebseite und in der Pressedatenbank geschaffene, vorläufige Datenkonvolut aus 330 Stellungnahmen, 151 Zeitungsartikeln und einzelne parlamentarische Dokumenten bildete die Grundlage für weiterführende datenreduzierende Analyseschritte. Die Anzahl an Dokumenten wurde immer weiter verringert, um ein im Rahmen des Forschungsvorhabens qualitativ bearbeitbares Textsample – einen Datenkorpus – zusammenzustellen. Die Identifikation eines Datenkorpus, der einerseits der Komplexität der diskursiven Auseinandersetzungen zu einem Thema gerecht wird, andererseits für die Forschenden im Rahmen eines konkreten, mit begrenzten Mitteln und Zeit ausgestatteten Projektes qualitativ analysier- und interpretierbar ist, stellt eine besondere Herausforderung in der Diskursforschung dar (Keller 2011a, 88–93). Der Korpus, das heißt, eine konkrete Auswahl an Dokumenten und Materialien, die tiefergehend diskursanalytisch interpretiert werden, wurde in mehreren Schritten gebildet.

⁸ Es gibt erste vereinzelte Medienberichte über die Enquete-Kommission im Dezember 2013.

Eine erste Auswahl der Stellungnahmen zur Enquete-Kommission für die intensivere diskursanalytische Interpretationsarbeit erfolgte durch Querlesen aller gesammelten Stellungnahmen und Auswahl von ebensolchen entlang bestimmter Kriterien:

- *Länge der Stellungnahme:* Die Stellungnahmen unterscheiden sich in ihrem Umfang. Während manche aus einem einzigen Satz oder einigen wenigen Sätzen bestehen, erstrecken sich andere über mehrere Seiten. Für die Analyse wurden zu meist längere Stellungnahmen ausgewählt, da sich in ihnen tendenziell umfassendere und dichtere Erzählungen entfalten, als in den meisten kürzeren Stellungnahmen.
- *Inhalt der Stellungnahmen:* Inhalte und Hauptaugenmerke der Stellungnahmen variieren in einer gewissen Bandbreite. Während manche sich ganz einem spezifischen Aspekt des Themas Sterben widmen (zum Beispiel einem bestimmten Versorgungskontext), erörtern andere unterschiedliche Themen und verknüpfen diese miteinander, während wieder andere allgemeinere, von konkreten Situationen losgelöste normative Aussagen treffen. Bei der Auswahl von Stellungnahmen ging es nun darum, gerade die auszuwählen, die Beschreibungen oder Vorstellungen von einem guten oder schlechten, würdevollen oder würdelosen, erwünschten oder unerwünschten Sterben enthalten oder auch Möglichkeiten und Hindernisse zu einem solchen verhandeln. Demgegenüber präsentieren einige Stellungnahmen, vor allem von Organisationen der öffentlichen Verwaltung, fast ausschließlich Sachinformationen zu bestimmten Themen (beispielsweise Anzahl von Betten in der Palliativversorgung eines Bundeslandes, rechtliche Rahmenbedingungen etc.); diese wurden nur in Einzelfällen ausgewählt oder als Hintergrundinformationen herausgezogen. Insgesamt wurde auf eine Selektion von thematisch sehr ähnlichen sowie sehr unterschiedlichen Fällen geachtet.
- *Geschlecht der stellungnehmenden Person:* Von den stellungnehmenden Privatpersonen wurden aufgrund ihrer Namen 53% als männlich und 47% als weiblich identifiziert. Bei der Auswahl der Stellungnahmen von Privatpersonen wurde die gleichmäßige Geschlechterverteilung berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass das gute Sterben aufgrund genderspezifischer Unterschiede von Frauen und Männern in einem gewissen Ausmaß unterschiedlich gesehen wird. So übernehmen Frauen in Österreich einen großen Teil der formellen und informellen Sorgearbeit (Pochobradsky u. a. 2005, 11–15; Pratscher 2017, 294), sie sterben häufiger verwitwet und im Pflegeheim, aber seltener im Privathaushalt als Männer⁹. Die Analyse selbst berücksichtigte das Geschlecht jedoch nicht als eigene Auswertungskategorie.

⁹ Eigene Berechnung basierend auf Daten der Statistik Austria (o. J.) abgerufen am 01. Oktober 2017.

- *Einstellung zu Tötung auf Verlangen und assistiertem Suizid:* Bereits beim Querlesen der Stellungnahmen zur parlamentarischen Enquete-Kommission konnte relativ schnell deren Themenspektrum sowie die normative Bewertung verschiedener Sachverhalte identifiziert werden. Dabei zeigte sich, dass fast alle Privatpersonen und viele Organisationen ihre Ansichten zum Thema aktive Lebensbeendigung mithilfe anderer, in Form der Tötung auf Verlangen oder des assistierten Suizid, äußerten. In 75% der Stellungnahmen tritt die normative Haltung sehr deutlich hervor. 30% aller öffentlich verfügbarer Stellungnahmen wurden als permissiv (pro Legalisierung der Tötung auf Verlangen oder des assistierten Suizids) eingestuft, 45% als prohibitiv (contra Legalisierung/pro Beibehaltung oder Verschärfung des Verbots). In 25% der Fälle wurde dieses Thema entweder nicht angesprochen, keine normative Aussage getroffen oder eine sehr differenzierte Haltung, die weder eindeutig permissiv noch prohibitiv ist, eingenommen. Bei der Auswahl wurde nun auch darauf geachtet, die verschiedenen Positionen hinsichtlich dieser normativen Frage adäquat zu berücksichtigen, also sowohl Proponentinnen und Proponenten als auch Opponentinnen und Opponenten einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen und/oder des assistierten Suizids und auch Personen ohne oder mit differenzierter Haltung in den Korpus aufzunehmen. Dahinter steht die Annahme, dass diese unterschiedlichen normativen Orientierungen in Verbindung mit unterschiedlichen Vorstellungen hinsichtlich des guten Sterbens, normativen Orientierung sowie Erfahrungshintergründen stehen (Cohen u. a. 2006; Cohen 2016; Stolz, Rásky, und Freidl 2016; Stronegger u. a. 2013), die gleichermaßen in der Analyse einfließen sollten.

Ähnlich den Stellungnahmen wurde bei den Zeitungsartikeln verfahren, wobei auch hier vor allem Texte ausgewählt wurden, die nicht rein deskriptiv den prozeduralen Stand der Enquete-Kommission wiedergeben, sondern auch (verschiedene) Deutungen der Kommission und des Themas präsentieren, etwa Kommentare oder Interviews. Auch hier wurde auf eine Balance hinsichtlich der Haltung zur Tötung auf Verlangen oder zum assistierten Suizid geachtet.

Die Texte wurden intensiv analysiert (sequentiell und genau gelesen, Themen und normative Orientierungen identifiziert), Texte gegebenenfalls aus dem Korpus entfernt oder weitere Texte theoretisch begründet ausgewählt (*theoretical sampling*, siehe (Glaser und Strauss 1998), wobei insbesondere auf maximale und minimale Kontrastierung der Fälle geachtet wurde.

Der letztendliche Datenkorpus umfasste schließlich 58 Stellungnahmen zur Enquete-Kommission (Übersicht siehe Tabelle 2), 40 Artikel aus Tages- und Wochenzeitungen

bzw. -zeitschriften¹⁰, sowie 15 weitere Dokumente, die in Zusammenhang mit der Enquete-Kommission entstanden sind, wie Pressemeldungen oder Nationalratsprotokolle.

Tabelle 2 Übersicht Datenkorpus: Stellungnahmen zur Enquete Kommission

	Anzahl	Anteil	Geschlecht (Anzahl & Zeilenprozent)		Legalisierung von assistierten Suizid/Tötung auf Verlangen (Anzahl & Zeilenprozent)		
			Männlich	Weiblich	Pro	Contra	Anders
Privatpersonen	44	77,19%	25 56,82%	19 43,18%	19 43,18%	19 43,18%	6 13,64%
Organisationen	13	22,81%	-	-	2 15,38%	5 38,46%	6 46,15%
Gesamt	57	100%	-	-	21 36,84%	24 42,11%	12 21,05%

2.3 Auswertung und Interpretation

Bei der Analyse eines Diskurses geht es darum, den „strukturellen Zusammenhang“ (Keller 2011b, 236) einzelner *Äußerungen* (konkrete, einmalige Aussageereignisse) zu einem bestimmten Phänomen, herauszuarbeiten. Die Aussagedimension und deren diskursive Verknüpfung können aus greif- und beobachtbaren Äußerungen in verschiedener Form, in mündlichen Gesprächen wie auch in schriftlichen Texten, interpretativ erschlossen werden (Keller 2011b, 235–39). Die untersuchten Texte werden als „Manifestationen gesellschaftlicher Wissensordnungen und -politiken“ (Keller 2011b, 275) begriffen. Diese Ordnungen in Form von Diskursen werden erst durch die interpretative Arbeit der forschenden Person über den einzelnen Fall hinweg rekonstruiert. Dieser einzelne Fall (ein Text, ein Artefakt oder eine Praktik) beinhaltet dabei mitunter nur einzelne Elemente eines übergreifenden oder mehrerer Diskurse, jedoch nicht einen Diskurs als solchen (Keller 2011b, 272–74).

Die Analyse des Materials baut in ihrer Strukturierung auf die von Keller für die Wissenssoziologische Diskursanalyse vorgeschlagenen „Unterscheidung von Deutungsmustern, Klassifikationen, Phänomenstrukturen und narrativen Strukturen“ (Keller 2011b, 240) auf. Diese konzeptuelle Unterscheidung wurde hier als ein flexibel anzuwendendes „Kodierparadigma“ (Truschkat 2013, 84) gesehen, das eine grobe Orientierung in

¹⁰ Die Zeitungsartikel können nur in Einzelfällen (etwa bei Kommentaren) klar einer bestimmten normativen Ausrichtung zugeordnet werden. Deswegen wird hier davon abgesehen, eine genaue Aufstellung zu geben.

der Ordnung der umfangreichen Textmaterialien und der vergebenen Codes bot. Durch diese Diskurselemente werden, so Keller (Keller 2011b), Dingen spezifische Bedeutung verliehen und eine bestimmte Wirklichkeit hervorgebracht.

- *Deutungsmuster* sind „typisierende und typisierte Interpretationsschemata“ (Keller 2011b, 240), die konkrete Erfahrung organisieren und so sinnstiftend wirken. Sie wirken in Diskursen als bedeutungsgenerierende Elemente und bringen die darin verhandelten Phänomene beziehungsweise Themen hervor oder reproduzieren sie. In der vorliegenden Untersuchung wurden beispielsweise Deutungsmuster identifiziert, die das Sterben als Prozess hervorbringen, welcher mit Alter oder Krankheit verbunden ist (siehe 4.1.1).
- Durch *Klassifikationen* werden hervorgebrachten Phänomene wiederum qualifiziert, kategorisiert und bewertet. Dichotome Einordnungen wie natürlich versus künstlich, gut oder schlecht, funktional oder dysfunktional, etc. können beispielsweise klassifizierend wirken. Im analysierten Diskurs zeigt sich diese etwa in der Bewertung bestimmter Sterbeprozesse oder -elemente als gut oder schlecht. Diskursiv wurden so beispielsweise die Schmerzfreiheit als zentrales Element des guten Sterbens klassifiziert (siehe 4.2.2).
- Die in einem Diskurs verhandelten Gegenstände weisen wiederum *Phänomenstrukturen* auf, also spezifische Konstruktionsweisen eines Sachverhalts oder Problems. Diese beinhalten etwa die Identifikation von zentralen Merkmale, Rahmenbedingungen (u. a. Ursachen, Kontextfaktoren), kausalen Beziehungen (Ursachen und Wirkungen) oder auch die Positionierung und Bewertung verschiedener Akteurinnen und Akteure (Selbst- und Fremdpositionierung, Verantwortungen und Zuständigkeiten) in Bezug zu den hervorgebrachten Phänomenen (Keller 2011b, 240–52). So etwa das Phänomen der *Tabuisierung des Sterbens*, welches einen Mangel an Kommunikation über Sterben und Tod beschreibt¹¹. Diese Tabuisierung steht nicht für sich, sondern wird u.a. mit einem menschlichen Unbehagen und einer Unsicherheit dem Sterben gegenüber begründet, welches zur Tabuisierung führt. Die Tabuisierung wiederum hat Auswirkungen auf die Handlungspraxis von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren (siehe 4.1.6).
- *Narrative Strukturen* wiederum verknüpfen Deutungsmuster, Klassifikationen und Phänomenstrukturen auf eine bestimmte Art und Weise. In und durch Erzählungen werden die verschiedenen Elemente zueinander in Verbindung gesetzt (Keller 2011b, 251–52). In der vorliegenden Diskursanalyse sind die narrativen Strukturen, die bestimmte Vorstellungen vom guten Sterben widerspiegeln beziehungsweise hervorbringen, von zentralem Interesse, wobei ihre Her-

¹¹ Somit ist dieses Element der vorliegenden Phänomenstruktur gleichzeitig auch ein Deutungsmuster.

ausarbeitung die Identifikation der anderen Diskurselemente benötigt. Eine narrative Struktur stellt etwa die des Dammbruchs bei Legalisierung des assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen dar, die aus einem Zusammenspiel von Vorstellungen über das Sterben, die Gesellschaft und gesetzlicher Rahmenbedingungen besteht und mit der Legalisierung eine konkrete Folgeprognose verbindet (siehe 5.1.2).

Die ausgewählten Texte wurden unter Zuhilfenahme der Software ATLAS.ti¹² ausgewertet. Die Software stellt ein Hilfsmittel der Analyse dar, indem sie die Verwaltung des Prozesses unterstützt und erleichtert. Sie ersetzt jedoch nicht die Analyse- und Interpretationsleistung der Forschenden. ATLAS.ti, wie auch andere ähnlich aufgebaute Programme, orientiert sich in Aufbau und Funktionalität an der Methodologie der Grounded Theory beziehungsweise an Auswertungsmethoden, die einen Fokus auf das systematische Codieren von Datenmaterial legen. Sie können auch gewinnbringend für Diskursanalysen eingesetzt werden; dabei ist wichtig im Vorfeld zu explizieren, was mit einem „Code“ erfasst wird, also mit welches diskurstheoretische Konzept einem Code zugrunde liegt (Diaz-Bone und Schneider 2004, 459–62).

Im vorliegenden Fall wurden zunächst die Dokumente sogenannten „Familien“ zugeordnet, das heißt, sie wurden in vier Kategorien eingeteilt:

- 1.) Arbeitsdokumente und -output der Enquete-Kommission (Kommunikés, Pressemitteilungen, Berichte, Nationalratsprotokolle) (Familienpräfix: EK)
- 2.) Medienberichte (Artikel, Kommentare, Interviews, etc.) (Familienpräfix: MB)
- 3.) Stellungnahmen zur Enquete-Kommission von Individuen (Familienpräfix: SNEK_IND)
- 4.) Stellungnahmen zur Enquete-Kommission von Organisationen (Familienpräfix: SNEK_ORG)

Diese Kategorisierung machte es später möglich, nach Unterschieden in der Reproduktion bestimmter Diskurse und der Einbringung bestimmter Themen in bestimmten Feldern beziehungsweise durch bestimmte Akteurinnen und Akteure zu suchen und erleichterte zudem das Wiederauffinden von Dokumenten.

Die Texte wurden dann intensiv gelesen, Codes entwickelt und appliziert. Die Codes stellen eine erste Interpretationsleistung dar. Mit ihnen wurden bereits eine Abstraktion von *Äußerungen*, deren Auslegung als *Aussage* und damit als Bestandteile von Diskursen, vorgenommen. Sequenziell und systematisch wurden Äußerungen gesucht, die in beziehungsweise als Deutungsmuster (DM), Klassifikationen (KL), Phänomenstruktu-

¹² ATLAS.ti: Version 6.2.28. Berlin: ATLAS.ti GmbH.

ren (PS) oder narrative Strukturen (NS) wirksam werden. Die Benennung der Codes erfolgte zunächst aus den Texten und folgte der darin verwendeten Sprache, wurde dann aber mit fortschreitender Theoriebildung abstrakter. Je nachdem welcher dieser Diskurselemente ein Code zugeordnet wurde, wurde dem Codenamen das Präfix *DM*, *KL*, *PS* oder *NS* vorangestellt und der Code einer entsprechenden Codefamilie zugeordnet. Dabei war es möglich und üblich, dass Äußerungen mehrfach codiert wurden. Gerade Codes, die Narrative Strukturen identifizierten, versammelten aufgrund ihrer verknüpfenden Natur größere Textansammlungen und eine Vielzahl von bereits als *DM*, *KL* oder *PS* kodierten Stellen. In Memos oder fallweise in Netzwerken, das sind grafische Anordnungen von verschiedenen Codes und Memos, die deren Verhältnis und Verbindungen zueinander explizieren, wurden die inhaltlichen Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Diskurselementen beschrieben. Die Memos und Grafiken stellten eine Basis für die Systematisierung der Aussagen und der Ko-Konstruktion des Diskurses und der Sub-Diskurse dar.

Neben diesen an der Wissenssoziologischen Diskursanalyse orientierten Codetypen wurden bei Bedarf weitere, freie Codetypen generiert und vergeben. Um einen besseren Überblick über inhaltliche Tendenzen in den unterschiedlichen Dokumenten und Dokumenttypen (Stellungnahmen, Medienberichte, Sitzungsprotokolle) zu erhalten, wurde etwa das zentrale Thema eines Dokuments mittels Code markiert.

Der Interpretationsvorgang an sich, das heißt, das Herauslesen oder Applizieren eines bestimmten Sinns, stellte dabei ein Suchen nach verschiedenen „Lesarten“ der jeweiligen Äußerungen dar. In einem ersten Schritt ging es darum, das in einer Sinneinheit eingeschriebene Thema als Kategorie zu identifizieren beziehungsweise zu (re-)formulieren. Zugleich wurde analysiert, welche Funktion eine bestimmte Sinneinheit innerhalb des Textes oder einer größeren Erzählung hat. Eben, ob sie eine bestimmte Interpretation (*DM*), eine Klassifikation (*KL*) oder eine umfassende Konstruktion eines Sachverhalts (*PS*) darstellt beziehungsweise inwiefern eine Sinneinheit als essentielles Element oder Verkörperung einer umfassenderen Erzählung (*NS*) gesehen werden kann.

Dabei wurden immer wieder Fragen an einzelne Äußerungen und insbesondere umfassendere Narrative gestellt, die die Interpretation anregen sollten, u.a.:

- Welche Konzepte oder konkrete Erfahrungen werden mit bestimmten Zuschreibungen verbunden?¹³

¹³ Beispielsweise als wertend verwendete Wörter wie „natürlich“ oder „würdevoll“.

- Welche Prämissen sind in die Argumentation eingeschrieben? Welche Grundannahmen müssen erfüllt sein, welches Vorwissen wird vorausgesetzt, damit die Erzählung funktioniert?
- Was wird nicht gesagt? Was wird ausgeblendet? Was wird impliziert? Welche Spuren dieses Nicht-Gesagten, Nicht-Expliziten lassen sich finden?

Die Texte wurden sequenziell gelesen und codiert, wobei zunächst verschiedene Interpretationsvarianten reflektiert und festgehalten wurden, deren Plausibilität dann am weiteren Datenmaterial geprüft wurden. Die möglichen Bedeutungen jedes Codes in Bezug auf die Fragestellung und dessen vermuteter Zusammenhang im größeren Kontext des jeweiligen Diskurses wurden in einem Code-Kommentar beschrieben. Darüber hinaus wurden Memos erstellt, in denen erste Interpretationen von Deutungsmustern, Klassifikationen, Phänomenstrukturen und narrative Strukturen genauso wie von ganzen Diskursen festgehalten wurden. Die Code-Kommentare und Memos bildeten die wichtigste Grundlage der weiteren Analyse und interpretativen Herausarbeitung der verschiedenen Diskurselemente und der Diskurse zu gutem Sterben in Österreich insgesamt.

2.4 Forschungsethische Reflexion

Zwei Grundprinzipien empirischer sozialwissenschaftlicher Forschung sind die informierte Einwilligung und die Anonymität der beforschten Subjekte. In klassischen Datenerhebungskonstellationen, etwa bei persönlichen Interviews oder Fokusgruppen, kann das Prinzip der informierten Einwilligung bei Beachtung bestimmter Regeln eingehalten werden. Die Umsetzbarkeit des Prinzips der Anonymisierung von Daten wird hingegen bereits in diesen Fällen mit Blick auf die Aussagekraft der so erhobenen Daten, deren Archivierung und Sekundärnutzung kritisch diskutiert (Tilley und Woodthorpe 2011; Thomson u. a. 2005).

Das Internet hat in den letzten Jahrzehnten eine Infrastruktur für weltweiten Informations- und Datenaustausch sowie zwischenmenschliche Kommunikation geschaffen, die als Quelle für wissenschaftliche Forschung genutzt wird. Inhalte, die von Nutzerinnen und Nutzern generiert wurden, sind auf unterschiedlichen Plattformen – ob auf selbst betriebenen Webseiten, in Online-Foren, in Kommentarbereichen von Zeitungen und Zeitschriften oder den sogenannten sozialen Medien – halböffentlich (nach Registrierung) oder komplett öffentlich einsehbar. Die empirische Sozialforschung muss die ethischen Implikationen der Sammlung und Analyse derartiger Daten reflektieren und berücksichtigen. Eine zentrale Frage ist, welche Bereiche des Internets als öffentliche Räume gesehen werden können und ob diese virtuelle Öffentlichkeit ähnlich der Öffentlichkeit der realen Welt gesehen werden kann. In letzterer kann etwa die verdeckte

Beobachtung als legitimes Mittel der Datenerhebung bewertet werden, das Belauschen zwischenmenschlicher Gespräche jedoch nicht. Eine andere Frage ist die, ob irgendeine Art von Risiko oder Gefahr für die Subjekte besteht, deren im Internet bereit gestellte Äußerungen untersucht werden, und ob deren Anonymität gewahrt werden kann (Bromseth 2003; von Unger 2014).

Die vorliegende Untersuchung greift bei der Analyse der Stellungnahmen auf öffentlich vorhandene Daten zurück, die von deren Autorinnen und Autoren selbst für einen bestimmten Zweck produziert und zugänglich gemacht wurden. Die Stellungnehmenden haben der Veröffentlichung auf der Webseite des Parlaments explizit zugestimmt, obwohl auch eine nicht-öffentliche Stellungnahme möglich gewesen wäre. In der vorliegenden Untersuchung werden nur die öffentlich einsehbaren Stellungnahmen verwendet. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler waren, so die gut begründete Annahme, nicht die intendierten Adressatinnen und Adressaten der stellungnehmenden Personen, sondern die Mitglieder der parlamentarische Enquete-Kommission. Eine informierte Einwilligung der beforschten Subjekte zur Beforschung ihrer Äußerungen liegt nicht vor, jedoch kann das Parlament als allgemeiner, öffentlicher Ort gesehen werden, ebenso wie die Parlamentarische Enquete-Kommission, deren Sitzungen sogar live übertragen wurden und mitverfolgt werden konnten. Durch die Zustimmung zur Veröffentlichung erscheinen die Stellungnahmen nicht als rein private Gespräche, sondern als gerade für die öffentliche Debatte bestimmt. Die Verwendung dieser Stellungnahmen für den Zweck dieser Untersuchung ist vor diesem Hintergrund ethisch vertretbar, solange sie mit der nötigen Sorgfalt vorgenommen wird.

Sorgfalt bedeutet dabei, dass keine direkten Rückschlüsse auf die jeweiligen Textproduzentinnen und -produzenten, die Stellungnehmenden, möglich ist. Zwar kann, wie oben argumentiert wurde, davon ausgegangen werden, dass von den Stellungnehmenden die Öffentlichkeit gesucht wurde. Nichtsdestotrotz erscheint ihre Anonymisierung im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung, der sie nicht explizit zugestimmt haben, als ethisch richtiges Vorgehen. Die Rückverfolgbarkeit von einzelnen getätigten Äußerungen wurde stichprobenartig festgestellt: Einzelne Abschnitte aus Stellungnahmen wurden in eine Internetsuchmaschine eingegeben und erbrachten direkte Verweise auf die jeweiligen Originaldokumente, die häufig mit den Klarnamen der stellungnehmenden Personen versehen waren. Dies war möglich, obwohl die Stellungnahmen zu diesem Zeitpunkt (Oktober 2017), etwa ein halbes Jahr nach der initialen Datensammlung, nicht mehr direkt über die Oberfläche der Parlamentshomepage abrufbar waren. Nichtsdestotrotz konnten sie von einem durch die Suchmaschine durchsuchten Server des Parlaments abgerufen werden. Das direkte Zitieren von Aussagen würde die sehr einfache Identifikation der stellungnehmenden Person möglich machen, auch wenn die Quelle im Text anonymisiert wiedergegeben worden wäre.

Deshalb wurde in der Ergebnisdarstellung auf direkte Zitate aus Stellungnahmen von Individuen verzichtet und die interpretative Beschreibung der Diskurse auf abstrakterer Ebene und Paraphrasierung von einzelnen Begriffen und Abschnitten vorgenommen.

Demgegenüber erscheinen Aussagen in der durch Printmedien hergestellten Öffentlichkeit und der von Politikerinnen und Politikern, Parteien oder Interessensvertretungen durch Presseaussendungen oder Zeitungskommentaren selbst gesuchte Öffentlichkeit als weniger schutzbedürftig. Diese werden, falls sich dadurch der Erkenntnisgewinn vergrößerte oder eine Illustrierung von bestimmten Resultaten angezeigt ist, wiedergegeben. Gleiches gilt für die Identifikation von öffentlich auftretenden Gruppen (z.B. Religionsgemeinschaften oder Interessensvertretungen), die im Diskurs bestimmte Positionen einnehmen.

3 Die parlamentarische Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“

Die 2014 eingesetzte Enquete-Kommission *Würde am Ende des Lebens* formulierte das Ziel, sich mit dem Thema des würdevollen Sterbens im Allgemeinen, und mit Fragen von Palliativmedizin, Hospizversorgung und Patientenverfügung¹⁴ im Speziellen auseinanderzusetzen. Ein weiteres Thema war, ob ein Grundrecht auf würdevolles Sterben und das Verbot der Sterbehilfe¹⁵ verfassungsrechtlich verankert werden sollte. Verschiedene Ministerien, Kammern und Dienste sowie externe Expertinnen und Experten sollten entsprechende Sachinformationen und Argumente liefern, um die Debatte in der Enquete-Kommission zu informieren. Weiters wurden zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure „ausdrücklich dazu eingeladen, sich am Diskussionsprozess zu beteiligen und kurze Stellungnahmen [...] abzugeben“ (Österreichisches Parlament 2014d). Die Verantwortlichen betonten ihr Bemühen um „größtmögliche Transparenz“ (Österreichisches Parlament 2014e) der Enquete-Kommission: die Sitzungen sollten interessierten Bürgerinnen und Bürgern öffentlich zugänglich sein und per Live-Stream übertragen werden.

3.1 Vorgeschichte, Einsetzung und Durchführung

Es war nicht das erste Mal in der jüngeren Vergangenheit, dass sich das österreichische Parlament mit Fragen des Sterbens auseinander setzte. Bereits 2001 befasste sich die von allen damaligen Parlamentsparteien einberufene parlamentarische Enquete¹⁶ „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“ (Österreichisches Parlament 2001b) mit Themen wie Sterbebegleitung, Zulassen

¹⁴ Beim Begriff „Patientenverfügung“ wird nicht durch Anführen beider Geschlechter (Patientinnen- und Patientenverfügung) das weibliche Geschlecht expliziert, weil dabei auf ein spezifisches rechtliches Konstrukt, das eben diesen Namen in maskuliner Form trägt, referiert wird.

¹⁵ In offiziellen Dokumenten und Parlamentskorrespondenzen ist in einigen Fällen nicht genau definiert, welche Arten von Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen, assistierter Suizid, Unterlassen oder Nicht-Fortführen von lebensnotwendigen Maßnahmen) gemeint sind. Dies wird, wie in Folge gezeigt, Auswirkungen auf die geführte Debatte haben. An manchen Stellen, wie auf der Parlamentswebsite, wird die „Tötung auf Verlangen“ als die Form der Sterbehilfe angeführt, über deren verfassungsrechtliches Verbot „insbesondere“ diskutiert werden soll (Österreichisches Parlament o. J.).

¹⁶ Eine *parlamentarische Enquete* dient der Information und umfassenden Auseinandersetzung der Abgeordneten zu bestimmten Themen. Es werden Meinungen von Expertinnen und Experten eingeholt und – auch unter Anwesenheit von Medienvertreterinnen und -vertretern – diskutiert, ein Protokoll wird verfasst und dem Nationalrat zur Verhandlung vorgelegt. Die parlamentarische Enquete selbst trifft keine inhaltlichen Beschlüsse. Eine *Enquete-Kommission* hat auch eine Auseinandersetzung mit einem spezifischen Thema zum Ziel, wird aber für einen längeren Zeitraum und eine umfassendere Diskussion ins Leben gerufen. Die dabei vertretenen unterschiedlichen Positionen und Meinungen werden in einem Bericht an den Nationalrat gesammelt (Österreichisches Parlament o. J.).

des Sterbens, Tötung auf Verlangen, Palliativmedizin, Hospizwesen, Patientenautonomie und damit verbundenen rechtlichen, sozialen und ethischen Fragen. In einer eintägigen Veranstaltung von National- und Bundesrat kam es damals zu Ansprachen, Referate und anschließenden Diskussionen, an denen die referierenden Expertinnen und Experten sowie parlamentarische Abgeordnete teilnahmen. Der Bericht der Enquete mündete in einen von allen Parteien angenommenen Entschließungsantrag des Nationalrats zum Ausbau von Palliativmedizin und Hospizwesen in Österreich, der Einführung einer Karenz zur Sterbebegleitung sowie der Ablehnung der Tötung auf Verlangen (Österreichisches Parlament 2001a).

Das Thema Sterben und Fragen danach, wie dieser Prozess gestaltet und was rechtlich erlaubt sein sollte, wurden in den folgenden Jahren immer wieder öffentlich diskutiert, teils befeuert von internationalen Debatten und Vorkommnissen, teils von Ereignissen im österreichischen Kontext. So forderte etwa der ehemalige Erzbischof von Wien und Kardinal Franz König im Rahmen des Österreich-Konvents (Österreichische Parlamentsdirektion o. J.), der sich zwischen 2003 und 2005 mit der Verfassungs- und Staatsreform beschäftigte, ein verfassungsrechtliches Verbot der Tötung auf Verlangen und des assistierten Suizids. Der assistierte Suizid wie auch die Tötung auf Verlangen sind zwar bereits strafrechtlich verboten, jedoch wird mit einer Integration dieser Verbote in die Verfassung eine nachhaltige Festigung verbunden. Dadurch könnten globale und europäische Liberalisierungstendenzen in Zukunft schwerer die Österreichische Gesetzgebung beeinflussen, weil dann eine Verfassungsmehrheit für eine Legalisierung damit verbundener Praktiken notwendig wäre. In diesem Rahmen brachte Franz König die moralische Forderung hervor, „Menschen sollen an der Hand eines anderen Menschen sterben und nicht durch die Hand eines anderen Menschen“¹⁷ (König 2004), die im Folgenden immer wieder in Diskussionen reproduziert werden sollte.

Im Mai 2013 veröffentlichte die ÖVP das Grundsatzpapier „Palliative Care und Hospiz statt Tötung auf Verlangen“. Darin bekräftigten sie ihre ablehnende Haltung gegenüber aktiver Sterbehilfe, forderten ein entsprechendes Verbot im Verfassungsrang und unterstrichen die Notwendigkeit des weiteren Ausbaus und der Förderung des Palliativ- und Hospizwesens sowie der Patientenverfügung (Österreichische Volkspartei 2013). Dabei bezog sich das Papier explizit auf das von Franz König formulierte Anliegen. Die in dem ÖVP-Grundsatzpapier definierten Forderungen nach einem verfassungsrechtlichen Verbot der Tötung auf Verlangen und nach Unterstützung der Menschenwürde am Lebensende finden sich dann, ein halbes Jahr später, als geplante Themen einer Enquete-Kommission sowie als Beratungsgegenstände der Bioethik-Kommission des

¹⁷ Diese Formulierung wird von Manchen dem damaligen Deutschen Bundespräsidenten Horst Köhler zugesprochen, der sie in einer Rede im Oktober 2005 verwendet hat (Köhler 2005).

österreichischen Bundeskanzleramtes im Arbeitsprogramm der SPÖ–ÖVP geführten Bundesregierung wieder (Bundeskanzleramt Österreich 2013, 92).

Am 25. Juni 2014 wurde der formale Antrag zur Einsetzung der Enquete-Kommission im österreichischen Nationalrat eingebracht, beraten und von allen im Parlament vertretenen Parteien einstimmig beschlossen (Österreichisches Parlament 2014e). Kurz darauf fand die konstitutive Sitzung der Enquete-Kommission statt (Österreichisches Parlament 2014d). Der Enquete-Kommission gehörten 18 Abgeordnete aller im Nationalrat vertretenen Fraktionen an. SPÖ und ÖVP stellten jeweils fünf Mitglieder, die FPÖ vier, die Grünen zwei, das Team Stronach und die NEOS jeweils ein Mitglied. Den Vorsitz hatte eine ÖVP Mandatarin inne (Österreichisches Parlament 2014a). In vier von insgesamt zehn Sitzungen wurden Vorträge und Fachreferate mit anschließender Diskussion abgehalten, in vier wurden Fragen der Geschäftsordnung geklärt und in der letzten Sitzung die Ergebnisse präsentiert. In den inhaltlichen Sitzungen wurden drei zentrale Überthemen und verschiedene Subthemen behandelt wie in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3 Sitzungen der Enquete-Kommission "Würde am Ende des Lebens"

Sitzung	Datum	Gegenstand
1. Sitzung	02.07.2014	Konstituierung der Enquete-Kommission
2. Sitzung	17.09.2014	Klärung von Geschäftsordnungsfragen
3. Sitzung	07.11.2014	Eröffnung und Einstiegsreferate
4. Sitzung	07.11.2014	Klärung von Geschäftsordnungsfragen
5. Sitzung	25.11.2014	<ul style="list-style-type: none"> • Referate und Diskussionen. • Status quo der Hospiz- und Palliativversorgung und Bedarfsanalyse • Konkretisierung der Erfordernisse in Ausbildung und Praxis • Begleitung zu Hause
6. Sitzung	25.11.2014	Klärung von Geschäftsordnungsfragen
7. Sitzung	16.12.2014	<ul style="list-style-type: none"> • Referate und Diskussionen: • Möglichkeiten zum Ausbau der Hospiz und Palliativversorgung • Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung unter Einbeziehung von Ländern und Körperschaften • Diskussion über die Europarats-Recommendation 1418/99
8. Sitzung	16.12.2014	Klärung von Geschäftsordnungsfragen
9. Sitzung	23.01.2015	<ul style="list-style-type: none"> • Referate und Diskussionen: • Patientenverfügung • Vorsorge und Vorsorgevollmacht • Prüfung der Möglichkeit einer verfassungsrechtlichen Verankerung strafrechtlicher Normen, insbesondere des Verbots der Tötung auf Verlangen und eines sozialen Grundrechts auf würdevolles Sterben
10. Sitzung	03.03.2015	Beschluss der Empfehlungen und Pressegespräch

(Österreichisches Parlament o. J.; inklusive Subseiten, eigene Darstellung)

3.2 Die Debatte: Themen, Sprecherinnen und Sprecher

Die Enquete-Kommission schafft Strukturen, die die letztendlich geführte Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben in einem gewissen Maße präfigurierten. Einerseits setzt sie inhaltliche Schwerpunkte durch die Definition von Themen für die einzelnen Sitzungen, entlang derer auch entsprechende Expertinnen und Experten sowie Stakeholder als Rednerinnen und Redner geladen und gehört werden. Die beteiligten Politikerinnen und Politiker besprechen die von diesen vorgebrachten Informationen und Standpunkte dann in darauf folgenden Diskussionsrunden im Plenum.

Andererseits schafft die Enquete-Kommission abseits der in den Sitzungen durchgeführten Referaten und Diskussionen mediale (Aufmerksamkeits-) Räume, in denen inhaltlichen Auseinandersetzung zeitversetzt stattfindet. Die Stellungnahmen zur Enquete-Kommission wie auch die medial vermittelte Beschäftigung mit der Enquete-Kommission nehmen zwar die vorgegebenen Schwerpunkte und Themen auf, zugleich zeigen sie aber mitunter andere Perspektiven auf die besprochenen Phänomene auf oder gewichten bestimmte Themen und Aspekte anders, als dies im engeren Rahmen der Enquete-Kommissions-Sitzungen geschieht.

3.2.1 Sitzungen der Enquete-Kommission: Referate und Debatten

Die Enquete-Kommission eröffnet Akteurinnen und Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen die Möglichkeit, ihre Sicht auf Sterben und damit zusammenhängenden Themen in Plenarsitzungen zu präsentieren. Es sind Personen aus der Wissenschaft, dem Gesundheits- und Pflegesystem, religiösen Organisationen oder der öffentlichen Verwaltung sowie die an der Enquete-Kommission beteiligten Politikerinnen und Politiker selbst, die sich Gehör verschaffen.

Die inhaltlichen Sitzungen¹⁸ der Enquete-Kommission folgen einem vorab festgelegten Programm, welches weitgehend eingehalten wird. Die Sitzungen bestehen aus einem Wechsel von zunächst Referaten und Stellungnahmen von Expertinnen und Experten sowie gesellschaftlichen Stakeholdern und dann Statements der Nationalratsabgeordneten aller politischen Fraktionen zu den angesprochenen Themen. Die Referate und anschließenden Diskussionen drehen sich um die folgenden Themen:

- Hospiz- und Palliativversorgung
- Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
- Verfassungsrechtliche Verankerung des Verbots der Tötung auf Verlangen
- Schaffung eines Grundrechts auf würdevolles Sterben

Damit verwoben und parallel dazu geben die Rednerinnen und Redner allgemeinere und manchmal sehr spezifische Erfahrungen, Einsichten und Reflexionen zu medizinischer Versorgung, Pflege, Sterben, Tod und Trauer. Diese Berichte werden mit Schilderungen von Erlebnissen im professionellen Kontext (medizinische und pflegerische Versorgung) und dem Privatleben (Sterben von Angehörigen oder Bekannten) angereichert.

¹⁸ Neben inhaltlichen Sitzungen gab es Sitzungen, die sich um Fragen der Geschäftsordnung drehten (Sitzungen 2, 4, 6 und 8 – siehe Tabelle 3). Diese Sitzungen wurden, auch aufgrund mangelnder inhaltlicher Daten, nicht ausgewertet.

Die Enquete-Kommissions-Sitzungen behandeln am umfassendsten den Themenbereich der Palliativ- und Hospizversorgung. Sie beschäftigen sich mit dem gegenwärtigen sowie dem als notwendig identifizierte Ausbau, den damit zusammenhängenden Finanzierungsstrukturen, der erforderlichen Ausbildung und Kompetenz von Medizinerinnen und Medizinern, Pflegekräften und Ehrenamtlichen, der Einbindung und Bedürfnisse von Angehörigen etc. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht werden hinsichtlich ihrer gegenwärtigen Funktionalität – Informiertheit der Bevölkerung, Hürden zur Errichtung, Nutzung in konkreten Situationen etc. – debattiert und notwendige Änderungen identifiziert. Fragen rund um „Sterbehilfe“¹⁹, insbesondere rund um die Tötung auf Verlangen oder die Beihilfe zum Suizid, tauchen bereits im Zuge der ersten Sitzungen in verschiedenen Zusammenhängen auf, werden aber erst in der zweiten Hälfte der letzten Sitzung explizit thematisiert.

Die gehaltenen Referate, wenngleich auch als Informationsinputs von Expertinnen und Experten gerahmt, sind nicht immer nur rein deskriptiv. Die Referentinnen und Referenten treten auch explizit politisch oder normativ auf, vermitteln bestimmte Positionen in Bezug auf den thematisierten Aspekt und stellen dementsprechende Forderungen an Politik und Gesellschaft.

Als Expertinnen und Experten und/oder als gesellschaftliche Stakeholder sind Repräsentantinnen und Repräsentanten unterschiedlicher Organisationen oder Gruppen präsent. Von manchen Organisationen sprechen mehrere Vertreterinnen und Vertreter; so etwa von der Caritas (Direktor, Generalsekretär), dem Dachverband Hospiz Österreich (Geschäftsführerin, Präsidentin, Vizepräsidentin, Koordinator) oder dem Österreichischen Seniorenrat (Präsident, Vizepräsident, Mitglied). Grob können die Sprecherinnen und Sprecher (exklusive den Mitgliedern des Parlaments) in folgende Kategorien unterteilt werden:

- **Soziale Hilfsorganisationen:** Caritas, Diakonie, Volkshilfe, Hilfswerk, Fonds Soziales Wien, Rotes Kreuz.
- **Hospiz- und Palliativversorgung:** Dach- und Landesverbände (u.a. Dachverband Hospiz Österreich) und Versorgungsdienstleister (Caritas Socialis Hospiz Rennweg, Mobiles Kinderhospiz MOMO, verschiedene Palliativmedizinerinnen und -mediziner).
- **Allgemeine Pflege- und Gesundheitsdienstleister:** Krankenhäuser (AKH Wien, Otto Wagner Spital, Haus der Barmherzigkeit, Landekrankenhaus Villach), Pflegedienstleister (Caritas Socialis) und verschiedene niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

¹⁹ Der Begriff Sterbehilfe wurde nicht immer differenziert verwendet, ist aber nichtsdestotrotz dominant.

- **Interessensvertretungen:** Berufsstände (Ärztammer, Notariatskammer), Menschen mit Behinderung (BIZEPS, Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Lebenshilfe Vorarlberg), Seniorinnen und Senioren (Österreichischer Seniorenrat, Seniorenbund), Patientinnen und Patienten (Patienten- und Pflegeanwaltschaft).
- **Öffentliche Verwaltung und Krankenkassen:** Bundeministerien (für Gesundheit, für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz), Ländervertretung (Wien, Niederösterreich), Österreichisches Parlament und Versicherungen (Österreichische Gebietskrankenkasse, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger).
- **Forschung und Lehre:** universitäre und nicht-universitäre Forschung und Lehre insbesondere aus Rechtswissenschaften und Philosophie/Ethik.
- **Ethik und Religion:** Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, European Group on Ethics in Science and New Technologies, Katholische Aktion Österreich.
- **Zivilgesellschaft:** Kinderkrebshilfe Elterninitiative, Bürgerinitiative „An der Hand“ und auch einzelne betroffene Personen (Angehörige nominiert durch Interessensvertretungen).

Trotz der Einladung einzelner betroffener Privatpersonen (ausgewählt durch Hilfsorganisationen) sowie wiederholter Hinweise auf die eigene Betroffenheit der Sprecherinnen und Sprecher, welche auch in ihrem beruflichen wie privaten Umfeld Erfahrungen mit Sterben und Tod gemacht haben, sind Privatpersonen im engeren Sinn kaum in den Sitzungen als sprechende Personen präsent. Die Perspektive von Bürgerinnen und Bürgern als Privatpersonen wird nur durch die Möglichkeit schriftlicher Stellungnahmen zur Enquete-Kommission berücksichtigt. Diese Stellungnahmen, die gesondert im nächsten Abschnitt behandelt werden, werden in den Diskussionen der Enquete-Kommission vor Ort jedoch nur in einem geringen Ausmaß explizit thematisiert. Zwar berichtet in der dritten Sitzung der Leiter des Nationalratsdienstes über die Möglichkeit Stellung zu nehmen, gibt aber er nur einen sehr kurzen und groben Überblick über den Inhalt der Stellungnahmen:

„Ich bitte um Verzeihung, dass ich jetzt nicht alle Stellungnahmen vorlesen kann, aber grundsätzlich muss man sagen, dass sich fast alle Stellungnahmen mit Sterbehilfe und dem Recht auf Selbstbestimmung befassen, erst am Schluss kommen Fragen wie Palliativversorgung und Patientenverfügung.“ (Österreichisches Parlament 2014b, 32).²⁰

²⁰ Aus dem Protokoll geht hervor, dass überhaupt keine Stellungnahmen vorgelesen wurden.

Bereits hier kann festgestellt werden, dass die Priorisierung der Themen in den Stellungnahmen nicht mit der der Enquete-Kommission übereinstimmt. Die Enquete-Kommission bespricht gerade Palliativversorgung und Patientenverfügung umfassend, während „Sterbehilfe“ in geringerem Ausmaß und weniger intensiv diskutiert wird.

Im Zuge der weiteren Diskussion greifen Referentinnen und Referenten sowie die teilnehmenden Mitgliedern des Parlaments dann immer wieder, jedoch auch dabei eher knapp, in unterschiedlicher Weise auf die Stellungnahmen zurück:

- Referentinnen und Referenten verweisen auf die von der eigenen Organisation eingereichten Stellungnahmen, beispielsweise der Direktor der Caritas Österreich (Österreichisches Parlament 2014b, 34) oder die Generalsekretärin der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Österreichisches Parlament 2014c, 36).
- Sie verweisen auf die grundlegende Bedeutung der Einbindung von Bürgerinnen und Bürgern und der Zivilgesellschaft. Darüber hinaus werden die Wichtigkeit des Themas und der Debatte mit der großen Anzahl an eingelangten Stellungnahmen unterstrichen, etwa durch einen Abgeordneten der NEOS (Österreichisches Parlament 2014b, 52). Die hohe Anzahl an Stellungnahmen wird damit zu einer Bestätigung der Enquete-Kommission und des von ihr gesetzten Themas.
- In einigen wenigen Fällen greifen Abgeordnete inhaltliche Aspekte der Stellungnahmen auf und bringen sie als Diskussionspunkte in die Debatte ein (wenngleich auch mit geringen Auswirkungen), etwa von einem Mitglied der SPÖ (Österreichisches Parlament 2014c, 46) oder einem Mitglied der NEOS (Österreichisches Parlament 2015b, 71–72).
- Durch die Obfrau der Enquete-Kommission werden vereinzelt Fragen „von Bürgerinnen und Bürgern“ an die Beteiligten der Enquete-Kommission formuliert, die auf ihrer Interpretation der Stellungnahmen beruhen (Österreichisches Parlament 2014c, 19–20, 2015b, 30).

Die Detailanalyse des Diskurses wird die Einbringung der Perspektive von Bürgerinnen und Bürger genauer beleuchten und kritisch diskutieren. Insgesamt erscheint die Möglichkeit zur Stellungnahme vor allem als Mittel, die Wichtigkeit der Enquete-Kommission zu untermauern und demokratische Legitimität zu verschaffen. Inhaltliche Impulse der Stellungnahmen werden von der Enquete-Kommission jedoch kaum weiter verfolgt oder aktiv adressiert.

3.2.2 Stellungnahmen von Bürgerinnen und Bürgern und Organisationen

Österreichische Bürgerinnen und Bürger, Organisationen und Initiativen werden von der Enquete-Kommission dazu aufgerufen, ihre Meinungen und Ansichten zum Thema „Würde am Ende des Lebens“ in schriftlichen Stellungnahmen kund zu tun. Dieser Aufruf findet sich nicht nur auf der Webseite des Parlaments, sondern auch in verschiedenen untersuchten Tageszeitungen wieder (*Tiroler Tageszeitung* 2014; Baldinger 2015). Bis zum 15. September 2014, das heißt bis vor der ersten Sitzung der Enquete-Kommission, konnten dem Parlament Stellungnahmen geschickt werden. Die für die Einreichung vorgesehene Emailadresse lautet dabei „wuerdevoll.leben@parlament.gv.at“ und rahmt das Thema somit anders, als der eigentliche Titel der Kommission. Vielmehr als das Sterben an und für sich, wird das Leben am Lebensende in den Vordergrund gerückt. Die Stellung nehmenden Personen hatten die Möglichkeit, zu entscheiden, ob ihre Stellungnahme unter Angabe ihres Namens öffentlich auf der Parlamentswebsite einsehbar sein sollte (Österreichisches Parlament o. J.); später wurde die Frist auf den 31. Jänner 2015 erweitert. Die meisten Stellungnahmen gingen vor oder früh während des Bestehens der Enquete-Kommission ein. In der dritten Sitzung, die die erste öffentliche und inhaltliche Sitzung darstellte, wurde bereits von 628 eingegangenen Stellungnahmen berichtet, was im Vergleich zu den letztendlich eingegangenen 712 Stellungnahmen eine überwiegende Mehrheit darstellt.

Durch die Organisation des Prozesses und den Umgang mit den Stellungnahmen wird den Stellungnehmenden eine spezifische Position des Sprechens zugewiesen. Die Stellungnahmen werden zu einem Mittel einseitiger Kommunikation zu den anfangs öffentlich noch wenig definierten Themen der Enquete-Kommission. Die meisten Stellungnahmen (wie oben dargestellt rund 90%) konnten aufgrund des zeitlichen Ablaufs nicht auf die inhaltlichen Auseinandersetzungen innerhalb der Enquete-Kommission eingehen. Sie können nur auf zuvor vorliegenden Programmpunkten und existierenden Ausführungen reagieren, nicht aber auf die Enquete-Kommission selbst.

Wie im Abschnitt zur Datengrundlage der Analyse bereits dargestellt, konnten 712 Stellungnahmen auf der Webseite des Österreichischen Parlaments gezählt werden. Davon waren 330 öffentlich zugänglich (das entspricht rund 46% aller Stellungnahmen). 273 sind von Privatpersonen und 52 von Organisationen bzw. Vertreterinnen und Vertretern von Organisationen verfasst (siehe Tabelle 1 für Detailinformationen zu Zählweise und Kategorisierung). Bei den Stellung nehmenden Organisationen und Personen zeigt sich eine Schnittmenge mit den Referentinnen und Referenten sowie Stakeholdern, die in der Enquete-Kommission selbst sprechen und sich vor Ort einbringen. Die Gegenüberstellung der namentlich getätigten und öffentlich einsehbaren Stellungnahmen mit den Sprecherinnen und Sprechern in der Enquete-Kommission zeigt, dass etwas mehr als ein Viertel der Sprecherinnen und Sprecher oder die Organisation, die

sie repräsentierten, auch eine schriftliche Stellungnahme eingebracht hatte²¹. Der Dachverband Hospiz Österreich, die Diakonie Österreich oder der Österreichische Seniorenrat bringen ihre Sichtweise so in (zum Teil mehreren) schriftlichen Stellungnahmen und durch ihre Repräsentantinnen und Repräsentanten (auch hier zuweilen mehrere Sprecherinnen und Sprecher) in die Debatte der Enquete-Kommission ein. Dadurch sind die Inhalte ihrer Stellungnahmen in der Enquete-Kommission stärker präsent, als die von Privatpersonen.

Die schriftlich Stellung nehmenden Gruppen und Organisationen sind darüber hinaus den in der Enquete-Kommission selbst vertretenen sehr ähnlich, selbst wenn sie in den Sitzungen nicht präsent sind. Sie stellen eine Mischung aus sozialen Hilfsorganisationen, spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgungsdienstleistern, Interessens- und Berufsverbänden, religiösen Vereinigungen, öffentlichen Verwaltungseinheiten sowie Forschungsorganisationen dar. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich jedoch in der Ausrichtung von Stellung beziehenden Initiativen und Vereinen: Schriftlich nehmen ein Verein (Dignitas) und mehrere Initiativen (Religion ist Privatsache, Plattform Betroffene kirchlicher Gewalt) Stellung, die anders als die in den Enquete-Kommissions-Sitzungen präsenten Organisationen eine permissive Haltung gegenüber der Beihilfe zum Suizid einnehmen.

Eine genaue Charakterisierung der Einzelpersonen, die Stellungnahmen eingereicht haben, ist aufgrund der vorhandenen Daten nur eingeschränkt möglich. Aufgrund der allgemeinen Schilderungen in den Stellungnahmen oder expliziter Selbstidentifikation können etwa ein Drittel der öffentlich zugänglichen Stellungnahmen kategorisiert werden:

- **Angehörige:** Personen, die ihre Erfahrungen mit der Pflege, dem Sterben und Tod von Angehörigen oder anderen nahe stehenden Personen schildern und daran anschließend bestimmte Tatsachenbeschreibungen und Forderungen aufbauen.
- **Betroffene und ältere Personen:** Diese Personen identifizieren sich als ältere oder alte Personen (die dem Lebensende schon näher stehen) und/oder überhaupt als schwerkranke oder tödlich erkrankte Menschen.
- **Gesundheitsberufe:** Medizinerinnen und Mediziner, Pflegekräfte oder im Rettungsdienst beschäftigte Personen (derzeitig oder früher) identifizieren sich mitunter als ebensolche und machen, basierend auf ihren beruflichen Erfah-

²¹ Es wurden auch Organisationen, bei denen die Bundesorganisation eine Stellungnahme eingebracht hatte, die Sprecherinnen und Sprecher aber eine Landesorganisation vertraten, zu dieser Schnittmenge dazu gezählt. Über die nicht-öffentlichen Stellungnahmen kann keine Aussage getroffen werden.

rungen mit pflegebedürftigen und sterbenden Patientinnen und Patienten, bestimmte Feststellungen oder stellen Forderungen.

- **Palliativversorgung:** Einige der Stellungnehmenden geben sich auch als in spezialisierter Palliativversorgung beschäftigt zu erkennen.
- **Freiwillige (Hospiz):** Wiederum andere engagieren sich in ihrer Freizeit im Hospiz etwa in der Sterbebegleitung.

Die überwiegende Mehrheit der Stellungnahmen lässt jedoch, bis auf das Geschlecht²² der Stellung beziehenden Person, keine Rückschlüsse auf Personenspezifika zu. Rund 53% der Stellung nehmenden Privatpersonen können als Männer, rund 47% als Frauen identifiziert werden.

Die Themen, die in den Stellungnahmen angesprochen werden, sind eng mit den Themen verknüpft, die von der Enquete-Kommission selbst vorgegeben sind. Die Stellungnahmen behandeln die Themen Alter, Krankheit, Sterben und Tod aus konkreten Erfahrungsperspektiven oder abstrakt allgemeiner Reflexion heraus. Sie sprechen Palliativversorgung und Hospiz im Speziellen, aber auch allgemeine Herausforderungen in Medizin, Pflege oder der Gesellschaft insgesamt an. Was insbesondere auffällt, und in der Detailanalyse noch genauer beleuchtet werden wird, ist der besondere Fokus auf das Thema „Sterbehilfe“²³: mehr als 80% der Stellungnahmen von Privatpersonen beziehen sich auf dieses Thema und damit zusammenhängende Aspekte. Dieser Umstand wird auch in der Enquete-Kommission angesprochen, jedoch ergeben sich daraus keine fassbaren Folgen für die inhaltliche Strukturierung der weiteren Sitzungen. In Anbetracht der Präsenz und der Wichtigkeit dieses Themas in den Stellungnahmen erscheint dessen Behandlung in den Sitzungen der Enquete-Kommission als marginalisiert.

Die Stellungnahmen nehmen zumeist eindeutige normative Haltungen in Bezug auf die Legalisierung oder das Verbot des assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen ein (siehe Tabelle 1). Die stärkere Fokussierung auf das Thema Sterbehilfe markiert eine inhaltliche Differenz zwischen den Ausführungen und Diskussionen in den Sitzungen der Enquete-Kommission selbst und der schriftlichen Beschäftigung von Bürgerinnen und Bürger mit dem Thema Sterben. Die eingenommenen Positionen schwanken zwischen der Forderung nach der zusätzlichen Stärkung des Verbots der Tötung auf Verlangen oder des assistierten Suizids (Hebung des Verbots in den Verfassungsrang) und einer Liberalisierung, das heißt der Legalisierung und gesellschaftlichen Unterstüt-

²² Die Identifikation des Geschlechts basiert auf der Einordnung des Namens als „männlich“ oder „weiblich“. Die Daten lassen darüber hinaus gehende Identifikation von anderen Geschlechtsidentitäten (z.B. Transgender) nicht zu.

²³ Auch in den Stellungnahmen wird dieser Begriff nicht immer klar definiert verwendet; zum Teil ist die Tötung auf Verlangen, zum Teil der assistierte Suizid, zum Teil das Sterbenlassen oder auch alle diese Praktiken zusammen gemeint.

zung derartiger Praktiken. Anteilsmäßig sprechen sich rund 30% positiv gegenüber der Möglichkeit von assistiertem Suizid und/oder der Tötung auf Verlangen aus. Rund 45% sprechen sich für eine Beibehaltung oder Verschärfung des Verbots eben dieser Praktiken aus; bei den restlichen Stellungnahmen ist eine klare Zuordnung nicht möglich oder das Thema wird nicht angesprochen. Ein Aspekt der dabei beachtet werden muss, ist, dass in einigen Fällen nicht klar definiert wurde, über welche Art von ‚Sterbehilfe‘ gesprochen wird: Sterbenlassen, Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid werden immer wieder gemeinsam behandelt und deren Beurteilung nicht getrennt. Diese Unschärfe taucht sowohl in Stellungnahmen auf, die eine Liberalisierung (beziehungsweise Legalisierung) fordern, als auch in Stellungnahmen, die sich für die Beibehaltung oder sogar Verschärfung der gegenwärtigen Regelung äußern.

3.2.3 Medienberichterstattung

Rund um die Enquete-Kommission findet umfassende Medienberichterstattung²⁴ statt. Bereits vor der öffentlichen Ankündigung der Enquete-Kommission wird über Themen berichtet, die mit dieser verknüpft waren. Bereits 2013 sind politische Vorschläge zur verfassungsrechtlichen Verankerung eines würdevollen Sterbens gekoppelt mit dem Verbot der Tötung auf Verlangen ein mediales Thema, als diese im Rahmen von Koalitionsverhandlungen (zwischen SPÖ und ÖVP) diskutiert werden (unter anderem „Würdevolles Sterben‘ soll in Verfassung“ 2013; Hämmerle 2013; Bonelli 2013; Coudenhove-Kalergi 2013). Daraufhin rücken bereits Fragen von Palliativversorgung und Hospiz in den Fokus (Tempfer 2013). Mit der Ankündigung der Enquete-Kommission wird diese medial zu einem Referenzereignis: Berichte zu Themen rund um Tod und Sterben (vor allem Fragen der Sterbehilfe) identifizierten die Enquete-Kommission als Diskussions- und Informationsrahmen für Fragen zu Sterben und Tod (unter anderem Neuhold 2014; Kerschbaumer 2014; Schmidt 2014a). Die entsprechenden Artikel deuten die Enquete-Kommission als Ort des Ausverhandelns von Themen, bei denen im tagespolitischen Geschäft ein politischer Konsens als schwer oder nicht möglich eingeschätzt wird.

Die Medienberichterstattung spiegelt einerseits die in der Enquete-Kommission und durch die daran beteiligten zentralen Akteure und Akteurinnen vorgebrachten Perspektiven wider. Es wird über die Enquete-Kommission und rund um diese herum stattfindenden Debatten deskriptiv berichtet. Programmpunkte werden erläutert, mündliche oder schriftliche Beiträge von Akteurinnen und Akteuren werden wortwörtlich oder paraphrasiert wiedergegeben. Interviews mit Akteurinnen und Akteuren, die mit

²⁴ Im Rahmen dieser Untersuchung wurden nur Printmedien untersucht (siehe 2.2); dementsprechend basieren die Ausführungen zur Medienberichterstattung auf diesen Medientypus und spart beispielsweise Fernsehberichterstattung aus.

der Enquete-Kommission in Verbindung stehen, zum Beispiel mit der Vorsitzenden der Enquete-Kommission (Baldinger 2014), geben Einblicke in deren jeweilige Perspektive. Manche der deskriptiven Berichte wie auch Interviews werden dabei fallweise durch explizite Einordnungen, Beurteilungen oder Kommentierungen der Journalistinnen und Journalisten ergänzt. In einem geringeren Ausmaß nehmen Journalistinnen und Journalisten, Expertinnen und Experten oder Leserinnen und Leser selbst aktiv Stellung zur Enquete-Kommission und den damit verknüpften Themen. Gerade ein Teil dieser Kommentare reproduziert, gemeinsam mit einem Teil der Stellungnahmen, einen Diskurs, der kritisch gegenüber der in der Enquete-Kommission durchgeführten Debatte ist.

Inhaltlich nehmen die Medienberichte quantitativ eine andere Schwerpunktsetzung vor, als die Enquete-Kommission selbst. Die mediale Berichterstattung vor, während und nach der Enquete-Kommission fokussiert, anders als die Enquete-Kommission selbst, insbesondere auf die Themen Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid. Mit den ersten inhaltlichen Sitzungen der Enquete-Kommission rücken zwar die Themen Palliativversorgung und Hospiz beziehungsweise Patientenverfügung stärker in den Fokus der Artikel, nichtsdestotrotz dominiert die Debatte rund um die Tötung auf Verlangen oder den assistierte Suizid die Medien.

3.3 Beschluss der Enquete-Kommission

Das manifeste Ergebnis der Enquete-Kommission ist ein Bericht, der einen Überblick über die Kommission (Mitglieder, Sitzungen, etc.) sowie den Sachstand in Hinblick auf verschiedene Themen (Palliativversorgung, Patientenverfügung, etc.) gibt²⁵ und darauf basierend verschiedene Empfehlungen formuliert (Österreichisches Parlament 2015a). Der Nationalrat bespricht diesen Bericht im März 2015, wobei die Sprecherinnen und Sprecher sich positiv über die Enquete-Kommission und den Bericht äußern, und einstimmig zur Kenntnis nehmen

Die „Empfehlungen der Enquete-Kommission“ (Österreichisches Parlament 2015a, 6–10) umfassen 51 Punkte, die zum Teil tatsächliche Empfehlungen sind, zum Teil aber auch Befunde ohne Empfehlungscharakter (die Punkte 1–6, 27, 44, 47–49 sowie 51). So wird etwa die Definition von Hospiz- und Palliativversorgung gemäß der Weltgesundheitsorganisation (Empfehlung Nummer 1) wiedergegeben oder festgestellt, dass Themen wie die Tötung auf Verlangen oder ein Grundrecht auf würdevolles Sterben in „zahlreichen Impulsreferaten [...] umfassend beleuchtet“ (Österreichisches Parlament 2015a, 10) wurden. Manche der Empfehlungen stellen allgemeine Forderungen, ohne

²⁵ Zusammengefasst im Bericht sowie zum Teil ausführlicher in Beilagen.

konkrete Empfehlungen für deren Umsetzung zu geben. Etwa wenn statuiert wird, dass „Kompetenzfragen und Finanzstrukturhilfen [...] kein Hindernis sein [dürfen], um tatsächlich den Ausbau von Hospiz und Palliative Care 2015 bis 2020 voranzutreiben“ (Österreichisches Parlament 2015a, 6). Die Themen der ‚Empfehlungen‘ spiegeln weitgehend die ursprüngliche thematische Strukturierung wie auch Priorisierung der Enquete-Kommission wider und sind unterteilt in die Themenblöcke

- Hospiz und Palliativversorgung (Empfehlungen Nummer 1–26);
- Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht (Empfehlungen Nummer 27–41);
- Empfehlungen der parlamentarischen Versammlung des Europarats Nr. 1418/99 (Empfehlungen Nummer 42–46);
- Verfassungsrechtliche Verankerung des Verbots der Tötung auf Verlangen sowie Schaffung eines Grundrechts auf würdevolles Sterben (Empfehlungen Nummer 47–50);
- Überblick über einschlägige rechtliche Regelungen und Praxis in EU/EMRK-Staaten (Empfehlung Nummer 51).

Generell zeigen die im Bericht enthaltenen Sachbefunde ein Defizit hinsichtlich des Ausbaus von Palliativ- und Hospizversorgung sowie der Verbreitung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht auf. Dieser durch die Enquete-Kommission gesetzte und/oder reproduzierte dominante Aspekt des Diskurses wird in der diskursanalytischen Interpretation des Materials genauer erläutert werden (siehe 4.3). Die konkreten Empfehlungen betreffen die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel²⁶, die Veränderung von Finanzierungsstrukturen²⁷, die fachliche Befähigung zentraler Akteurinnen und Akteure durch Aus- und Weiterbildung oder die administrative Restrukturierung von Diensten²⁸.

²⁶ Zum Beispiel Empfehlung Nummer 7: „In der ersten Etappe des Hospiz- und Palliativstufenplans sind jeweils rund 18 Mio. in den Jahren 2016 und 2017 zum Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zusätzlich zum Status Quo einzusetzen.“ (Österreichisches Parlament 2015a, 7)

²⁷ Zum Beispiel Empfehlung Nummer 9: „Die mobile Palliativ- und Hospizversorgung ist einerseits von den Krankenkassen (Krankenbehandlung) im Weg des Vertragspartnersystems und andererseits aus Mitteln der Pflegefinanzierung (Pflegefonds, Sozialhilfe der Länder) zu finanzieren.“ (Österreichisches Parlament 2015a, 7). Oder Empfehlung Nummer 39: „Seitens der Krankenkassen soll die palliative Intensivbetreuung in den Leistungskatalog aufgenommen werden.“ (Österreichisches Parlament 2015a, 10)

²⁸ Zum Beispiel Empfehlung Nummer 37: „Es soll [...] sichergestellt werden, dass in der elektronischen Gesundheitsakte ELGA bzw. auf der E-Card erkennbar ist, ob ein Patient eine Patientenverfügung errichtet hat“ (Österreichisches Parlament 2015a, 9).

Die Empfehlungen des Europarats mit der Nr. 1418/99²⁹ werden anerkannt und generell unterstützt, jedoch keine konkreten Empfehlungen daraus abgeleitet. Auch in Bezug auf die Tötung auf Verlangen oder den assistierten Suizid nimmt der Bericht nur allgemeine Feststellungen vor, spricht aber keinerlei Empfehlungen aus. Dies entspricht praktisch einer Bejahung der gegenwärtig bestehenden Gesetzeslage. Die letzte Empfehlung (Nummer 50), die unter diesem Themenbereich subsummiert ist, betrifft dabei nicht einmal explizit damit verbundene Fragen, sondern führt zurück zu den Gegenständen, die die Enquete-Kommission insgesamt dominiert haben:

„Einvernehmen besteht dahingehend, Hospiz- und Palliativversorgung nachhaltig abzusichern und die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht rechtlich weiter zu entwickeln.“ (Österreichisches Parlament 2015a, 10)

Im Gegensatz zum medialen Diskurs und auch zu den Stellungnahmen marginalisiert die Enquete-Kommission die Themenbereiche rund um Tötung auf Verlangen und assistiertem Suizid nicht nur durch die zunächst vorgenommene Rahmung (durch Zielsetzung, das Programm und die eingeladenen Expertinnen und Experten). Sie ignoriert sogar weitgehend die dazu medial stattfindende Debatte sowie die in Stellungnahmen eingebrachten Äußerungen in ihrem finalen Bericht.

Inwiefern Empfehlungen der Enquete-Kommission in weitere Folge umgesetzt wurden geht über den Fokus dieser Untersuchung hinaus. Auch die Frage, ob und wie die Enquete-Kommission nachhaltig den Diskurs zu Sterben und Tod geprägt hat, ist im vorliegenden Rahmen nicht zu beantworten. Vielmehr wird, nach einem kurzen Exkurs zu einer parallel stattfindenden politisch initiierte Beschäftigung mit dem Sterben in Würde, der Hauptfokus auf der diskursiven Hervorbringung von Sterben und gutem Sterben in Äußerungen rund um die Enquete-Kommission liegen.

3.4 Bericht der Bioethik-Kommission zu Sterben in Würde

Parallel zur parlamentarischen und öffentlichen Debatte des Themas im Rahmen der Enquete-Kommission wird das würdevolle Sterben auch in der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt behandelt. Diese Bioethikkommission gründet sich 2001 mit dem Auftrag, den Bundeskanzler oder die Bundeskanzlerin in „gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen, die sich auf dem Gebiet der Humanmedizin und Humanbiologie aus ethischer Sicht ergeben“ („Bioethikkommission - Bundes-

²⁹ Diese befasst sich mit dem Schutz der Menschenrechte und Würde von todkranken und sterbenden Menschen. Sie umfasst Empfehlungen zum Ausbau von Palliativversorgung, zum Umgang mit Sterbenden und auch die Empfehlungen, das Verbot von assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen aufrecht zu erhalten (Council of Europe 1999).

kanzleramt Österreich“ o. J.), zu beraten. Zum Zeitpunkt dieser Beratung besteht die Bioethikkommission aus 25 Mitgliedern, die unter anderem in den Bereichen Recht, Bioethik, Humanmedizin, Genetik, Philosophie, Psychologie oder Theologie Expertise aufweisen beziehungsweise beschäftigt sind.

Mitglieder der Bioethikkommission äußern sich auch im Rahmen der Sitzungen der Enquete-Kommission³⁰, jedoch werden inhaltliche Auseinandersetzungen oder Beschlüsse aus der Bioethikkommission nicht unmittelbar transferiert oder eingebracht; was die Vorsitzende der Bioethikkommission im Rahmen der 9. Sitzung auch expliziert:

„Ich spreche jetzt nicht als Vorsitzende der Bioethikkommission. Wir sind noch nicht fertig mit unserem Dokument, insofern wäre das vermessen – ich rede aus meiner persönlichen Sicht“ (Österreichisches Parlament 2015b, 77)

Die Stellungnahme werden kurz nach dieser Sitzung, am 11. Februar 2015, als „Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen“ öffentlich präsentiert (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2015). Die Präsentation erfolgt damit nach der letzten inhaltlichen Sitzung der Enquete-Kommission, aber noch vor deren eigenem Beschluss von Empfehlungen. Der Bericht umfasst die Erläuterung und Diskussion von Themen wie dem erwünschten, aber oft nicht möglichen Sterben zuhause, der Medikalisierung des Sterbens, den ethischen Bezugspunkte wie Lebensschutz, Selbstbestimmung, Solidarität, Verteilungsgerechtigkeit, dem gegenwärtigen rechtlichen Rahmen, den Bedürfnissen am Lebensende, Palliativversorgung etc.

Die durch die Bioethikkommission abgegebenen Empfehlungen betreffen insbesondere die Bereitstellung ausreichender Palliativ- und Hospizversorgung (durch Rechtsanspruch, Ausbau, Ausbildung und Forschung), die größere Verbreitung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht als Mittel der Selbstbestimmung am Lebensende sowie Maßnahmen zur Unterbindung von nutzlosen und unverhältnismäßigen medizinischen Behandlungen am Lebensende. Diese Empfehlungen werden in weiten Teilen von allen Mitgliedern unterstützt³¹. Darüber hinaus werden unterschiedliche Empfehlungen in Hinblick auf den assistierte Suizid abgegeben: Während die Mehrheit der Mitglieder der Bioethikkommission (16 Personen) für eine Reform des Verbots im Sinne einer Entkriminalisierung der Beihilfe in bestimmten Fällen und unter bestimmten Bedingun-

³⁰ Die Vorsitzende der Bioethikkommission Christiane Druml (Sitzungen 5 und 9), ebenso wie die Mitglieder Maria Kletečka-Pulker (Sitzungen 3 und 9), Johannes Meran (Sitzung 9) und Stephanie Merckens (Sitzungen 5 und 9).

³¹ In Hinblick auf bestimmte Formulierungen gibt es Auffassungsunterschiede, die wiederum in einem Sondervotum von einigen Mitgliedern unterstützt wird (vier Personen; siehe (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2015, 34–35)

gen stimmt, votiert der andere Teil (acht Personen) gegen eine Veränderung und für den Weiterbestand der Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid. Auch in Bezug zur Tötung auf Verlangen spaltet sich die Meinung innerhalb der Bioethikkommission. Während die meisten Mitglieder für die Beibehaltung des Verbots dieser Handlungsmöglichkeit am Lebensende sind, fordert eine Mitglied die Legalisierung der Tötung auf Verlangen in speziellen Fällen (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2015). Diese Person äußert sich auch in anderen Kontexten immer wieder öffentlich zu den Themen assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen und kritisch hinsichtlich der diesbezüglichen Haltung der Enquete-Kommission und Regierung (Kampits 2015, 2014).

Die Arbeit und Stellungnahme der Bioethikkommission ist für die hier analysierte Debatte insofern relevant, als dass sie in der öffentlich-medialen Auseinandersetzung rund um die Enquete-Kommission ein in gewisser Hinsicht thematisches Gegengewicht darstellt. Während die Enquete-Kommission den Themen assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen relativ wenig Aufmerksamkeit schenkt und schließlich keine dezidierte Stellung dazu beziehen, bringt die Bioethikkommission die Spannung zwischen unterschiedlichen Haltungen – den restriktiven und permissiven Sub-Diskurs (siehe 5.1 und 5.2) – zu diesen Themen deutlicher zum Vorschein und bietet Regulierungsalternativen an. Die Stellung der Bioethikkommission – als medial beachtete Institution, die an ein politisches Machtzentrum angeschlossen ist – kommt ihr und den von ihr transportierten Positionen potentiell größere mediale Aufmerksamkeit zu als anderen Akteurinnen und Akteuren. Dadurch wird die diskursive Perspektive, welche später als Teil des permissiven Sub-Diskurs genauer beschrieben wird (siehe 5.2), in der öffentlichen Auseinandersetzung gestärkt.

4 Der Diskurs des guten Sterbens in Österreich

Das Sterben im Allgemeinen, das gute Sterben im Speziellen und weitere damit zusammenhängende Sachverhalte werden in und durch den Diskurs rund um die Enquete-Kommission auf eine spezifische Weise konstruiert und vermittelt. Es existiert eine weitgehend geteilte Art des Sprechens über das Sterben und das gute Sterben, wenngleich auch Unterschiede in Bezug auf die Themen Selbstbestimmung, Schmerztherapie, assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen bestehen. Phänomene, Bedeutungszuschreibungen und normative Bewertungen in Bezug auf Sterben und Tod werden durch den Diskurs als schlicht gegeben (faktisch, natürlich) konstruiert. Nur in einzelnen Äußerungen oder Widerworten, die jedoch selten Reaktionen im Diskurs hervorrufen, zeigt sich die Brüchigkeit dieser Selbstverständlichkeiten und deren soziale Bedingtheit.

In den folgenden Abschnitten wird zunächst dieser dominante Diskurs des Sterbens und des guten Sterbens in Österreich analytisch nachgezeichnet und interpretativ gedeutet. Zunächst werden auf die weitgehend geteilten Vorstellungen vom Sterben im Allgemeinen und dessen Charakteristika in der gegenwärtigen österreichischen Gesellschaft eingegangen, bevor die Möglichkeiten und Notwendigkeiten des guten Sterbens dargestellt werden. Es wird sich zeigen, dass sich bestimmte gemeinsame Vorstellungen vom guten Sterben über unterschiedlichen politische Positionierungen und Weltanschauungen hinweg finden.

Demgegenüber stehen unterschiedliche Bewertungen der Möglichkeiten und Wege der Realisierung eines guten Sterbens sowie verschiedene Einschätzungen der Bedingungen, in denen ein ebensolches realisiert werden kann. Kapitel 5 zeichnet diese als *Sub-Diskurse* verstandene Narrative nach, analysiert die Bruchlinien zwischen diesen und diskutiert deren Auftreten sowohl innerhalb als auch außerhalb der Enquete-Kommission.

4.1 Sterben in der heutigen Zeit

Der dominante Diskurs bringt Sterben und Tod als Phänomen mit spezifischen Merkmalen hervor. Im Fokus steht dabei das Sterben in der heutigen Zeit und Gesellschaft; dieses wird immer wieder als qualitativ unterschiedlich zum Sterben in anderen sozio-historischen Kontexten („früher“) markiert.

Ein Teil der Äußerungen beschreibt das Sterben nicht näher. Sterben bleibt in diesen Äußerungen einen abstrakten Sachverhalt und dessen Eigenschaften undefiniert. In anderen Äußerungen wiederum wird das Sterben mit bestimmten Charakteristika in

Zusammenhang gebracht: über verschiedene Äußerungen hinweg existiert in diesen eine geteilte Art des Sprechens über das Sterben. Sterben wird diskursiv eng mit bestimmten Lebenssituationen und -umständen verknüpft, während andere Situationen des Sterbens ausgeklammert werden. Dies hat, wie später gezeigt wird, Auswirkungen auf die Behandlung der Frage nach der Ermöglichung des guten Sterbens.

4.1.1 Das Sterben als existenzielles Problem – der Kranken und Alten

Sterben wird als existenzielles Problem aller Menschen konstruiert: jeder Mensch muss einmal sterben, jedes Leben endet mit dem Tod. Das Sterben wird zum Teil des Lebens, der unumgänglich ist und jeden betrifft:

„Wir werden sterben. Alle. Ausnahmslos.“ (Schmidt 2014a)

„Das Thema lässt niemanden kalt. Schließlich betrifft uns das Sterben alle irgendwann.“ (Marchart 2015)

Diese Feststellung der universalen Bedeutung wird in den untersuchten Texten zu einem Argument für die politische und öffentliche Beschäftigung mit dem Thema. Gerade indem es als universales Phänomen identifiziert wird, wird die gesellschaftspolitische Relevanz der Auseinandersetzung mit dem Thema hervorgehoben. Gleichzeitig werden Sterben und Tod zu einer Herausforderung jeder einzelnen Person, wodurch nicht nur ein generelles sondern auch individuelles Interesse an dem Thema festgestellt wird. Gleichzeitig wird diese persönliche Betroffenheit immer wieder in der Zukunft verortet – wie im obigen Zitat durch die Markierung „irgendwann“ – und damit in einer gewissen Hinsicht beiseitegeschoben (siehe dazu die Ausführungen zur Tabuisierung in Abschnitt 4.1.6).

Der Diskurs verweilt jedoch nicht auf dieser allgemeinen existenziellen Ebene. Er verknüpft Sterben und Tod konkret mit zwei Sachverhalten, mit Krankheit oder dem Alter, wobei diese Zuschreibungen mitunter gepaart auftreten. Die festgestellte Universalität des Sterbens wird so diskursiv zu einem zentralen Relevanzmerkmal des Themas, Krankheit und Alter zu spezifischen Bedingungen des Sterbens, die in dessen Diskussion und damit verbundenen Praktiken berücksichtigt werden müssen. Jeder muss sterben, aber es wird vor allem im Alter und in Krankheit – mit allen damit verknüpften Begleiterscheinungen – gestorben. Damit wird das Sterben auch auf praktischer Ebene fassbar:

„Der Großteil der 300 jährlich hier [Anm.: Im Hospiz] betreuten Patienten leidet unter Tumorerkrankungen.“ (Schmidt 2014c)

„Es geht um eine 53-jährige Patienten [sic!] mit einem Glioblastom; das ist ein bösartiger Gehirntumor.“ (Alexandra Lueger, In: Österreichisches Parlament 2014c, 54)

In der Assoziierung von Krankheit und Sterben werden die sterbenden Personen in den Schilderungen zu kranken, schwerkranken oder unheilbar kranken Personen, wobei Krebserkrankungen als typische Ursachen des Todes auftreten. Das Sterben wird als Prozess geschildert, der mit körperlichen und psychischen Krankheitssymptomen oder Nebenwirkungen von Therapien, aber insbesondere mit Schmerzen verbunden ist. Das Fortschreiten der Krankheit bis hinein in den finalen Sterbeprozess kann Monate oder sogar Jahre andauern, verschiedene wechselnde Phasen höherer oder geringerer Lebensqualität aufweisen und/oder einen kontinuierlichen Verfall körperlicher und geistiger Fähigkeiten darstellen. Jedenfalls zeitweise ist dieses Sterben aufgrund von Krankheit mit physischem oder psychischem Leiden der betroffenen Person (und auch der Angehörigen) verbunden. Aus der Charakterisierung der sterbenden Personen als krank folgt deren Rahmung als Patientinnen oder Patienten, die medizinische und pflegerische Versorgung sowie weiterführende und umfassende Betreuung benötigt. Medizinerinnen und Mediziner, Pflegekräfte und Angehörige treten dabei als insbesondere wichtige Akteurinnen und Akteure hervor. Als Element professioneller Versorgung nimmt die Schmerztherapie eben aufgrund der mit dem Sterben verbundenen Schmerzen eine zentrale Rolle in dieser Situation ein. Daneben sind jedoch auch alltägliche Grundbedürfnisse³² aufgrund der krankheitsbedingten körperlichen und psychischen Einschränkungen nicht mehr selbst zu erfüllen und benötigen ebenso Unterstützung von anderen.

Als zweites Charakteristikum der diskursiven Konstruktion des Sterbens zeigt sich das Alter. Denn die Sterbenden treten nicht nur als kranke Personen, sondern auch als ältere, alte oder hochbetagte Menschen diskursiv in Erscheinung. Zwar ist diese Gruppe der „alten Personen“ nicht unbedingt von einer letalen Erkrankung betroffen, nichtsdestotrotz wird das zunehmende Alter als ‚normales‘ Alter zu sterben konstruiert – mitunter mit Verweis auf die statistische Wahrscheinlichkeit:

„Unser Sterben gehört zum Leben, und die Bewältigung dieser Aufgabe wird unsere letzte Lebensaufgabe sein. Statistisch gesehen bin ich mit meinen bald 75 Jahren vermutlich einer in diesem Kreis, der als Nächster diese Aufgabe zu bestehen hat.“ (Günter Virt, In: Österreichisches Parlament 2014b, 10)

Derart genaue Altersangaben, ab wann Menschen als älter, alt oder hochalt gelten oder ab dem ein normales Sterbealter vorliegt, sind im Diskurs nicht durchgängig prä-

³² Dies umfasst je nach Fall Dinge wie Haushaltsführung, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, etc.

sent. Zwar werden manchmal konkrete Jahresangaben genannt – insbesondere 80 Jahre werden immer wieder als Alter des Sterbens dargestellt –, aber letztendlich bleibt die Definition des Lebensalters häufig implizit und vage. Dies mag an der Angst vor der unangenehmen und unangebrachten Stigmatisierung von konkreten Personen in einem bestimmten Alter liegen oder daran, dass die Sprecherinnen und Sprecher davon ausgehen, dass ein gesellschaftlich geteiltes Verständnis von „alt“ existiert. Vielleicht hat es aber auch mit der Tabuisierung des Sterbens zu tun, die noch erörtert werden wird (siehe 4.1.6): indem eine Bestimmung des „normalen“ Sterbealters umgangen wird, bleibt das Sterben selbst in konkreten Fällen – angesichts der Identifikation einer „alten“ Person – dennoch unkonkret.

Die Markierung der Normalität des Alt-Sterbens geschieht auch über die dezidierte Markierung der Anomalität des Jung-Sterbens und dessen besonderer Tragik. Auch wenn das Sterben von Kindern und Jugendlichen thematisiert wird, wird es doch oft als nicht normal und nicht zu erwarten angesehen. Der Diskurs zeigt das Jung-Sterben als das Sterben von schwerkranken Kindern und Jugendlichen und dabei als Ausnahmefall. Entlang der Einteilung des Lebens in unterschiedliche Abschnitte sind die alten Personen je nach körperlicher und geistiger Verfassung früher oder später in ihrer letzten Lebensphase angelangt. Das Sterben und der Tod treten dann als Abschluss dieser Phase in Erscheinung: mit zunehmendem Alter reduzieren sich die physischen Kräfte und psychischen Fähigkeiten, tritt ein unausweichlicher Verfall ein, der schließlich durch den Tod ein biologisches und biographisches Ende findet. Mit Fortgang dieses Prozesses erscheint, ebenso wie im Falle einer Krankheit, äußere Unterstützung notwendig, ob im eigenen Zuhause oder in spezialisierten Einrichtungen (Pflegeheim, Hospiz, Krankenhaus etc.).

Der Vergleich dieser Schwerpunktsetzung mit der tatsächlichen statistischen Verteilung der Sterbefälle ist für die Interpretation dieses Umstandes hilfreich. In Bezug auf das Sterbealter spiegelt die Idee vom Sterben als insbesondere ältere oder alte Personen betreffend weitgehend die tatsächliche Altersverteilung dieses Phänomens wider. 2014 waren mehr als die Hälfte (55%) der verstorbenen Personen 80 Jahre oder älter, rund 77% der Verstorbenen 70 Jahre oder älter und rund 89% 60 Jahre oder älter. Das Sterben von Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahren (<1% aller Verstorbenen) ist hingegen ein eher seltenes Ereignis, ebenso wie das in der Gruppe der 20 bis 49 jährigen Personen (rund 5%) (eigene Berechnung basierend auf Statistik Austria 2017). Dass das Sterben im Alter thematisiert wird erscheint dementsprechend naheliegend, stellt es doch auch den häufigsten Fall dar.

Die Gruppe der Sterbenden wird in den untersuchten Dokumenten über die zentralen Charakteristika ‚alt‘ und ‚krank‘ hinaus nicht weiter beschrieben. Trotz unterschiedlicher statistischer Unterschiede im Sterben von Frau und Mann (hinsichtlich Alter, To-

desursachen, Pflegesetting etc.) findet keine Differenzierung zwischen den Geschlechtern statt³³. Auch Faktoren wie Religion oder Migrationshintergrund werden nicht als das Sterben beeinflussend thematisiert.

4.1.2 Sterben als Prozess

Mit der Verknüpfung des Sterbens mit Krankheit und Alter wird das Sterben diskursiv zu einem in einem gewissen Maße antizipierbaren und länger andauernden Prozess, welcher ein komplexes Set an Bedürfnissen beinhaltet und mit Leid verbunden ist. Das Älterwerden ist, solange es nicht durch einen plötzlichen Tod unterbrochen wird, ein fortschreitender Prozess, wenngleich sich die sozialen, körperlichen und geistigen Folgen fallweise unterscheiden. Ähnlich verhält es sich bei Krankheiten, die nicht augenblicklich zum Tod führen, sondern bei denen von der Diagnose zum Tod eine gewisse Zeitspanne verbleibt. Das plötzliche, nicht planbare Sterben infolge eines Unfalls, einer Gewalttat oder eines akuten körperlichen Ereignisses, etwa eines Herzinfarktes oder einer plötzlichen inneren Blutung³⁴, wird demgegenüber diskursiv kaum behandelt. Auch der Suizid wird fast ausschließlich als Reaktion auf eine bestehende letale Erkrankung thematisiert, je nach normativer Rahmung als vermeidbare Verzweiflungstat oder letzten Ausweg.

Die Nicht-Thematisierung des plötzlichen Sterbens ist interpretationswürdig, auch, weil der Diskurs mit seinem Fokus auf Krankheit und längeren Sterbeverläufen nur zum Teil die unterschiedlichen Sterbeverläufe in Österreich abdeckt. 2016 starb der größte Anteil der in Österreich verstorbenen Personen, rund 41% aller verstorbenen Personen, an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (eigene Berechnung basierend auf Statistik Austria 2017); diese werden häufig mit schnellen oder akuten Sterbeverläufen in Zusammenhang gebracht (Lunney, Lynn, und Hogan 2002). Andere plötzliche Todesfälle infolge von Verletzungen oder Vergiftungen machten 2016 5% aller Todesfälle aus. An Todesursachen, bei denen ein tendenziell längerer Sterbeverlauf und die Antizipation des Todes wahrscheinlicher sind, verstarben in Österreich weniger Personen. An bösartigen Neubildungen (u.a. Krebs) starben 2016 25% aller verstorbenen Personen, an sonstigen Krankheiten rund 20%. Trotz dieser relativen Häufigkeit liegen insbesondere Krebserkrankungen und andere, oft mit dem Alter verbundene Erkrankungen, im diskursiven Fokus.

³³ Wenngleich auch das Sterben von Frauen nicht explizit thematisiert wird, so werden Frauen als zentrale Trägerinnen der Sorgearbeit hervorgehoben.

³⁴ Diese plötzlichen körperlichen Ereignisse können natürlich immer auch Teil einer länger bestehenden Erkrankung oder Folgen des Alterungsprozesses sein. Daneben tragen sie auch zu tatsächlich akut tödlichen Körperzuständen bei.

Diese diskursive Aussparung könnte mit der thematischen Rahmung durch die Enquete-Kommission zu tun haben. Indem diese den Fokus auf das Sterben in Palliativ- oder Hospizkontexten lenkte, wurde das unfallhafte und akute Sterben ausgespart. Denn dieses Sterben ist durch derartige begleitende Maßnahmen selten zu erfassen. Es entzieht sich dem Zugriff der verschiedenen Institutionen und sozialen Strukturen, die als Ressourcen eines guten Sterbens gesehen werden (siehe 4.3). Das plötzliche Sterben kann sich mitunter derart schnell oder unbemerkt abspielen, sodass der Mensch im sozialen Kontext weniger als sterbende Person, sondern vielmehr erst als verstorbene Person, als Opfer (etwa eines Unfalls) oder als Leiche wahrgenommen und behandelt wird. Diese Art des Sterbens entzieht sich prinzipiell des Zugriffs von Institutionen oder des sozialen Umfeldes, die das Sterben normalerweise begleiten. Es kann verhindert werden (etwa durch Unfallverhütungsmaßnahmen), wodurch es jedoch kein Sterben an und für sich wird und damit nicht Eingang in den Diskurs rund um das Sterben findet. Oder es kann, wenn es stattfindet, nur im Nachhinein als Sterben analysiert (Unfallhergang, Schuldfragen, unerkannte Vorerkrankungen etc.), organisatorisch abgewickelt (Abtransport, Benachrichtigung der Angehörigen, Begräbnis etc.) und emotional verarbeitet werden. Im Rückblick nach dem Tod ist es aber weniger ein Sterben, als vielmehr ein Todesfall, weshalb erneut die Behandlung im Sterbediskurs und im Diskurs rund um das gute Sterben entfällt.

Der Fokus könnte auch an der sozialen Einbettung und situativen Bedeutungszuschreibung liegen. Wenn sich aufgrund eines Herzinfarktes der Gesundheitszustand akut rapide verschlechtert, die Rettung, Notärztinnen und Notärzte medizinische Hilfe und Angehörige Beistand leisten, wird die Situation womöglich weniger als Sterben wahrgenommen, sondern vielmehr als medizinische Krisensituation. Das Sterben ist in diesen Situationen, die einer kurativen Logik folgen, nicht unmittelbar präsent. Erst in der Nachschau wird der Prozess zu einem Sterben; genauso gut hätte er zu einer überwundenen Gesundheitskrise werden können. Derartige Notfallsituationen tauchen zwar im Diskurs auf, sind dabei aber Teil umfassenderer Erzählungen, in denen Sterbeprozesse aufgrund von Krankheit oder Alter bereits präsent sind oder antizipiert werden könnten³⁵.

Der langgezogene Sterbeprozess entspringt diskursiv den medizinisch-technologischen Möglichkeiten der modernen Medizin. In den Schilderungen werden Beispiele hierfür gebracht: es sind die prinzipiell bessere Behandlung von Krankheiten (jedoch ohne deren letztendliche Heilung), die Methoden der Intensivmedizin und insbesondere die

³⁵ Zum Beispiel, wenn eine Person am Lebensende unerwünscht in ein Krankenhaus zur Behandlung transferiert wird. In diesen Schilderungen wird die falsche Einordnung der Situation als *medizinischer Notfall* anstatt als *natürliches Sterben* negativ beurteilt, weil der Sterbeprozess unterbrochen sowie Unruhe und Leid produziert wird (siehe 4.2).

künstliche Beatmung und Ernährung. Diese schaffen Situationen, in denen der Tod zwar hinausgezögert, nicht aber verhindert werden kann. Die medizinisch-technologischen Behandlungsmöglichkeiten schwerkranker oder sterbender Personen werden dabei ambivalent beurteilt: Einerseits sind diese als Teil palliativer Versorgung in der Schmerz- und Symptomtherapie positiv konnotiert. Andererseits wird in diesen der Grund für das hinausgezögerte Sterben gesehen, welches negativ beurteilt wird. Dieses Hinauszögern hat weniger mit der Behandlung (und Heilung) einer Krankheit und dem ‚Verschieben‘ des Lebensendes per se zu tun, sondern wird mit dem Verlängern des Leides im Sterbeprozess assoziiert. Das dominante Bild ist das Angeschlossen-Sein an eine Beatmungsmaschine, ohne Chance, je wieder zu genesen. Das (leidvoll) hinausgezögerte Sterben ist ein Kontrapunkt zu einem angenommenen ‚natürlichen‘ Sterben, welches wie später gezeigt, positiv bewertet wird. Dabei ist es nicht nur der technologisch-medizinische Fortschritt alleine, der den Sterbeprozess verlängert: eine negative Rolle in dieser Hinsicht werden Medizinerinnen und Mediziner sowie dem Gesundheitssystem zugeschrieben. Unter dem Stichwort Übertherapie werden Praktiken der überschießenden Anwendung aller möglichen medizinischen Maßnahmen subsummiert: aus Angst vor negativen rechtlichen Konsequenzen und/oder einem Standesethos, das die Verhinderung des Sterbens zum Ziel hat, werden immer weitere Behandlungen vorgenommen, auch wenn diese Belastungen für die Betroffenen darstellen und den Tod nur verzögern. Zwar wird im Diskurs ein historischer sozialer Entwicklungsprozess identifiziert, der eine Abnahme der Übertherapie und ein Aufkommen von palliativer Versorgung zur Folge hat, jedoch erscheint die Übertherapie immer noch als eine gefürchtete Option am Lebensende.

4.1.3 Sterbende als hilfebedürftig

Die hier beschriebene Charakterisierung der Sterbenden ist es, die eng mit der diskursiven Behandlung weiterer zentraler Themen wie Palliativversorgung, Selbstbestimmung, Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen verknüpft ist. Der Tod ereilt kranke und/oder alte Personen nach einem mehr oder weniger langen Prozess des Sterbens, in dem umfassende Unterstützung notwendig ist. Die Medizin erscheint dabei einerseits als notwendig, um Schmerzen und Symptome zu lindern, andererseits als Verursacherin von Leid durch immer neue medizinisch-technologische Möglichkeiten und damit verknüpfte Übertherapie. Innerhalb dieses diskursiven Rahmens werden die Charakteristika eines guten Sterbens verhandelt und die Maßnahmen identifiziert, die ein solches ermöglichen.

Egal ob als kranke oder alte Personen: Sterbende werden diskursiv zu hilfebedürftigen und abhängigen Personen, die verschiedenen Formen der Unterstützung benötigen. Sie brauchen nicht nur Hilfe, um spezifische Herausforderungen ihrer Situation (Krankheitssymptomatik, Schmerzen), sondern auch um alltägliche Aufgaben bewältigen zu

können (persönliche Hygiene, Essen, etc.). Dadurch sind sie in besonderem Maße verletzlich und benötigen nicht nur sozialen Beistand, sondern ebenfalls Schutz vor Vernachlässigung, Missbrauch oder andere Formen unerwünschter und negativ beurteilter Behandlungen³⁶:

„Alle Menschen wollen in Würde sterben. Dazu bedarf es einer guten Begleitung: medizinisch, psychologisch, spirituell. Wir benötigen Palliativstationen, gut ausgebildete Palliativmediziner, Hospize, Vermeidung von Einsamkeit alter, gebrechlicher, schmerzbeladener, schwer kranker oder verlassener Menschen.“ (Beck 2014)

„Wenn wir über Palliativmedizin reden, so entsteht in unserem Kopf immer die Idee eines 40- bis 70-jährigen Menschen im Endstadium einer Krebserkrankung, aber mehr als 50 Prozent der Menschen, die sterben, sind über 80 Jahre alt, und somit braucht jeder eine Palliativbetreuung.“ (Christoph Gisinger, In: Österreichisches Parlament 2014c, 29)

Der Diskurs beschäftigt sich vornehmlich mit den Sterbenden als hilfsbedürftige Personen, die bereits in diesem letzten Lebensabschnitt sind. Er thematisiert kaum das Leben zuvor und die Frage, wie die Individuen in die konkrete, bessere oder schlechtere Situation am Lebensende gekommen sind. Nur in einzelnen Äußerungen wird das gute Leben als Vorbedingung für ein gutes Sterben adressiert. Es ist auch dieser dominante Fokus auf einen bestimmten Zeitraum und Prozess, der die Charakterisierung der Sterbenden als hilfebedürftige Personen mit eingeschränkter Handlungsmacht stützt. Während im Leben Entscheidungen getroffen und Handlungen gesetzt werden könnten, um die eigene (zukünftige) Lage zu verbessern, erscheint am Lebensende in einer Situation umfassender Abhängigkeit von anderen die Möglichkeiten, das eigene Leben aktiv zu gestalten, stark eingeschränkt.

Diese Art der Thematisierung des Sterbens und der sterbenden Personen hat jedoch nicht nur zur Folge, dass Handlungsmacht abgesprochen wird, sondern auch, dass die Verantwortung für ein gutes Sterben – in weiten Teilen – an das soziale Umfeld und die Gesellschaft insgesamt delegiert wird. Auf dieses Thema wird der Text in weiterer Folge, auch unter dem Stichwort der Institutionalisierung, zurückkommen.

³⁶ In einigen Narrativen wird diese höhere Vulnerabilität und der höhere Bedarf an Unterstützung auch in Hinblick auf Menschen mit Behinderung in Zusammenhang gebracht; diese treten dabei jedoch gerade nicht als ‚Sterbende‘ auf. Die diskursive Bedeutung dieser Personengruppe wird im Zuge der Analyse des restriktiven Sub-Diskurses beleuchtet werden (siehe 5.1).

4.1.4 Sterbeorte als Orte soziale Einbettung

Die Frage nach dem präferierten und tatsächlichen Ort des Sterbens nimmt in vielen Diskussionen und Fachdiskursen rund um Sterben und Tod eine zentrale Rolle ein (Brogaard u. a. 2013; Gomes u. a. 2013; Higginson u. a. 2013; Stadelbacher 2017). Dementsprechend stellte sich auch in Bezug auf den hier analysierten Diskurs die Frage, inwiefern Orte des Sterbens hervorgebracht und beurteilt werden. Als Sterbeorte mit spezifischen Eigenschaften treten im Diskurs insbesondere das Zuhause, das Krankenhaus, das Pflegeheim und spezialisierte Pflegeeinrichtungen hervor.

Zuhause bedeutet im Diskurs der eigene oder mit der Familie geteilte Haushalt (Wohnung oder Wohnhaus) der sterbenden Person. Es ist somit der spezifische Privathaushalt und nicht jeder Ort, an dem ein Gefühl des Zuhause-Seins vorherrscht. Dieses Zuhause wird in den Erzählungen zur bekannten und gewohnten Umgebung, in dem sich die Person den Umständen entsprechend wohl fühlt, die gewohnte räumlich-materielle Umgebung sowie soziale und emotionale Einbettung (durch Familie oder auch Pflegekräfte) vorfindet. Das Zuhause ist der Ort des Sterbens, der diskursiv am engsten mit dem guten Sterben verknüpft ist (siehe 4.1.7), aber nur, wenn eine entsprechend formelle oder informelle Betreuung zur Verfügung steht.

Das Krankenhaus ist demgegenüber die Institution der oft notwendigen, aber negativ assoziierten Behandlung von Krankheiten oder Symptomen. Es erfüllt zwar eine mitunter wichtige Entlastungsfunktion, wenn aufgrund des schlechten Gesundheitszustandes eine Betreuung zuhause nicht mehr gangbar ist. Aber gleichzeitig erscheint der Transfer ins Krankenhaus als ambivalent, weil mit dem Krankenhaustransport und der Hospitalisierung Stress für Angehörige und insbesondere die betroffene Person verbunden ist. Außerdem ist das Krankenhaus als Institution mit dem negativ beurteilten medizinisch-technisch hinausgezögerten Sterbens verknüpft und wird auch organisatorisch als zumeist nicht geeignet für die Betreuung Sterbender angesehen. Krankenhäusern werden mangelhafte professionelle Pflege und Fürsorge – auch aufgrund fehlenden Wissens in Bezug auf Palliativversorgung – und eine unpersönliche Atmosphäre zugeschrieben. In Einzelfällen werden Krankenhäuser gar als ökonomisch getriebene Institutionen geschildert, die ein selbstbestimmtes Leben und Sterben verhindern.

Das Pflegeheim erscheint ähnlich dem Krankenhaus als tendenziell trostloser Ort, wenngleich auch von einzelnen positiven Fällen berichtet wird. Pflege und Betreuung in Heimen wird insgesamt, abseits von Situationen am Lebensende oder im Sterben, weitgehend negativ charakterisiert. Insbesondere der Mangel an menschlicher Zuwendung, auf emotionaler wie auf körperlicher Ebene, wird als grundlegender Unzulänglichkeit in der dortigen Betreuung der Menschen gesehen. Dies wird einerseits mit strukturellen Problemen in Verbindung gebracht, etwa zu wenig finanzielle und perso-

nelle Ressourcen und ökonomischem Druck, andererseits mit einer vorherrschenden negativen Pflegekultur (auf sozialer wie auch individueller Ebene).

Im Kontrast zu Krankenhaus und Pflegeheim konnotiert der Diskurs Hospiz- und Palliativversorgung positiv. Hospiz und Palliativversorgung erscheinen dabei jedoch nicht als konkrete, klar umrissene Orte, sondern als umfassende Versorgungskonzepte, die in unterschiedlichen Settings – Zuhause, im Krankenhaus, in Pflegeheimen – integriert werden können. Es werden – parallel zu dem österreichischen Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung – verschiedene mobile wie auch stationäre Varianten unterschieden: Palliativstationen, Hospizeinrichtungen, Tageshospize, Konsiliardienste sowie mobile Palliativ- oder Hospizdienste. Die Beschreibungen der durch diese Dienste oder in diesen Einrichtungen erfolgten Versorgung und Betreuung sind jedoch wenig konkret, sondern verweisen vielmehr auf allgemeinere Grundprinzipien der Hospiz- und Palliativversorgung. Die würdevolle und menschliche Behandlung der Betroffenen, die bestmögliche medizinischen Betreuung (Schmerztherapie) sowie das Vorhandensein von Raum, Zeit und bemühten Personal werden als zentrale und positive Charakteristika dieser Betreuungssetting identifiziert.

Die hier besprochenen Sterbeorte treten zwar diskursiv fallweise als wichtig für den Prozess des Sterbens hervor (insbesondere das Zuhause als bekannte und gewohnte Umgebung), insgesamt erscheinen sie aber als zweitrangig beziehungsweise nur indirekt relevant. Vielmehr als der Ort ist die jeweilige soziale Einbettung und medizinisch-pflegerische Betreuung der gewichtigere Aspekt in Bezug auf den Ort. Die jeweilige Ausprägung der Begleitung, Betreuung und Pflege sind zwar mit bestimmten Typen von Sterbeorten stärker verbunden als mit anderen, diese Verbindung erscheint aber nicht als zwingend. Dies zeigt sich vor allem an der diskursiv hervorgebrachten Ungebundenheit von Hospiz- und Palliativversorgung: derartige Versorgungskonzepte können in ganz unterschiedlichen Institutionen, sei es Zuhause, im Pflegeheim oder Krankenhaus, implementiert werden und die Qualität des Lebensendes beeinflussen. Die Analyse der im Diskurs vorherrschenden Vorstellung vom guten Sterben wird auf diese Sterbeorte und die mit ihnen verknüpften Versorgungssettings zurückkommen und die darin manifestierten Voraussetzungen und Merkmale des guten Sterbens weiter herausarbeiten.

In Verbindung mit dem diskursiv dominant verhandelten langsamen Sterbens aufgrund von Alter und Krankheit tauchen andere Orte des Sterbens im Diskurs nur in Ausnahmefällen auf. Das Sterben im Freien aufgrund eines Unfalls oder von Obdachlosigkeit wird nie besprochen. Das Sterben im Freien oder in anderen öffentlichen Räumen tritt nur in Beziehung zum dort vollendeten Suizid (etwa beim Bahnsuizid) auf. Aber selbst in diesen Fällen, in denen der Suizid als Antwort auf eine letztendlich letale Erkrankung konstruiert wird, erscheint der länger andauernde Sterbens- und Leidensprozess in die

zuvor beschriebenen Institutionen beziehungsweise Räume (Krankenhaus, Pflegeheim, etc.) eingebettet zu sein.

4.1.5 Sterben in Österreich – Sterben anderswo

Neben dieser spezifisch räumlich-institutionellen spielt auch die soziostrukturelle und geographische Verortung auf der Makroebene eine Rolle im dominanten Diskurs. Der Diskurs verortet das Sterben (implizit und explizit) in Österreich. In den Erzählungen wird das Sterben in Österreich und die damit zusammenhängenden Herausforderungen verhandelt. Eine bedeutungsvolle weitere Ausdifferenzierung in verschiedene Bundesländer, Regionen oder Städte findet nicht statt. Österreich als Kontext erscheint homogen und tritt vor allem durch die vorherrschenden sozialen und politischen Rahmenbedingungen hervor³⁷. Diese werden innerhalb spezifischer Sub-Diskurse jedoch divergierende gedeutet: Im restriktiven Sub-Diskurs wird Österreich zum Vorreiter des guten Sterbens, im permissiven Sub-Diskurs zu einer rückständigen Gesellschaft und im religiösen Sub-Diskurs zu einem dezidiert christlichen Land. Was dies im Detail bedeutet, wird in den jeweiligen Abschnitten zu den Analysen dieser Sub-Diskurse weiter ausgeführt (siehe 5.1–5.3).

Andere nationale Kontexte treten als Kontrastfolie für das ‚österreichische‘ Sterben hervor. Insbesondere die Niederlande, Belgien und die Schweiz³⁸ werden explizit als zu Österreich verschiedene Sterbekontexte identifiziert und charakterisiert. Dies liegt an den dort bestehenden liberaleren Gesetzen in Bezug auf Tötung auf Verlangen und assistiertem Suizid. Es sind die rechtlichen Rahmenbedingungen und nicht andere soziale, kulturelle oder gesundheitspolitische Unterschiede, die die Differenz markieren und die Realisierung bestimmter Sterbeverläufe begünstigen. In den Niederlanden und Belgien sind die Tötung auf Verlangen sowie der assistierte Suizid unter bestimmten Umständen und entlang vordefinierter Umsetzungsrichtlinien durch einen Arzt oder eine Ärztin erlaubt. In der Schweiz wiederum ist der assistierte Suizid legal und zwei Vereine (Exit und Dignitas) bieten Beratung und Begleitung nach der Entscheidung zu diesem Schritt an. Die aus diesen rechtlichen Rahmenbedingungen erwachsenen spezifischen Möglichkeiten und Folgen sind es, die hervortreten.

Die Schweiz wird in den Darstellungen zu einem Ziel für Personen, die assistierten Suizid in Anspruch nehmen wollen, es aber in ihrem eigenen Land nicht können („Sterbetourismus“), so etwa auch für Österreicherinnen und Österreicher. Vor dem Hinter-

³⁷ Diese Rahmenbedingungen werden zum Teil am nationalen Kontext festgemacht, zum Teil aber auch als länderübergreifende Charakteristika des Sterbens in der Gegenwart insgesamt verstanden.

³⁸ In geringerem Umfang Luxemburg und der U.S. Bundesstaat Oregon, in denen ebenfalls wie im Folgenden geschildert eine liberale Gesetzeslage in Fragen der freiwilligen aktiven Lebensbeendigung durch Dritte vorherrscht.

grund des Verbots der Beihilfe zum Suizid, auch wenn dieser in der Schweiz geschieht, erscheint die Schweiz dann aber als Land des einsamen Sterbens: Personen mit Sterbewunsch reisen dorthin, um professionelle Unterstützung bei ihrem Suizid zu erhalten, tun dies aber allein, um ihre Angehörigen vor rechtlicher Verfolgung zu schützen. Die Niederlande und Belgien werden vor allem in Bezug auf die weiteren gesellschaftlichen Auswirkungen einer liberalen Gesetzgebung dargestellt. Wiederum gibt es zwischen den verschiedenen Sub-Diskursen Unterschiede: Je nachdem, ob die Äußerungen dem restriktiven oder permissiven Sub-Diskurs zugeordnet werden können, werden diese Länder zu negativen oder positiven Beispielen für den Umgang mit Sterben und Tod, zu Vorbildern weiterer gesellschaftlicher Entwicklung oder zu Horrorszenarien.

Abseits dieser Kontrastierung, die vor allem auf die Unterschiede in den rechtlichen Rahmenbedingungen aufbaut, tauchen andere Länder jedoch nicht als Sterbekontexte auf. Der Diskurs verhandelt das Sterben und das gute Sterben in Österreich; er bezieht die verhandelten Fragen, etwa danach, wie das Lebensende und Sterben der Menschen verbessert werden kann, nur auf in Österreich lebenden Personen und die vorherrschenden sozialen und institutionellen Gegebenheiten. Die diskursive Perspektive und darin abgegebene Bewertungen des *guten* oder *schlechten* Sterbens, die letzten Endes relationale Bewertungen des *besseren* oder *schlechteren* Sterbens darstellen (was im Folgenden noch gezeigt werden wird, siehe 4.2), nehmen den status-quo in Österreich als dominanten Referenzpunkt³⁹. Die Frage, ob in anderen Ländern mitunter wesentlich schlechtere Bedingungen vorherrschen, die ebenso oder dringender Verbesserung bedürfen, ist nicht Teil des Diskurses. Es wird nicht diskutiert, wie das Sterben unter anderen gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Bedingungen abläuft und inwiefern dort ein gutes Sterben möglich ist oder gefördert werden muss. Vielmehr geht es darum, das in mancherlei Hinsicht bereits gut unterstützte⁴⁰ und mit Ressourcen ausgestattete Sterben in Österreich weiter zu verbessern (siehe 4.3).

4.1.6 Das tabuisierte Sterben

Das thematisierte Sterben aufgrund von Alter oder Krankheit, das mit Leid und Hilfsbedürftigkeit verbunden ist, wird im Diskurs als gesellschaftlich tabuisiert gedeutet. Tabuisierung bedeutet in diesem Zusammenhang ein Mangeln an kommunikativem Austausch über das Thema und damit zusammenhängende Sachverhalte wie Krankheit oder Alter. Sterben und Tod werden zwar als essentielle Elemente des Lebens gedeutet.

³⁹ Mit Ausnahme der oben genannten Staaten, die als Horrorszenarien oder Vorbilder eingebracht werden.

⁴⁰ Beispielsweise wird Österreich im internationalen Vergleich zu den Ländern mit fortgeschrittener und guter Integration von Palliative Care in das Gesundheits- und Pflegesystem gezählt (Woitha u. a. 2016; Lynch, Connor, und Clark 2013).

tet; jedoch wird ein Unbehagen diesen gegenüber identifiziert, aufgrund dessen sie kommunikativ marginalisiert werden. Über Sterben wird nicht gesprochen, ebenso wenig wie über damit verbundene Begleiterscheinungen wie Krankheit oder körperlicher und geistiger Verfall. Auch Medien und Politik schenken Sterben und Tod mangelnde Aufmerksamkeit, so die Argumentation im Diskurs. Obgleich verschiedene Berufsgruppen (insbesondere aus dem Gesundheitsbereich) tagtäglich damit konfrontiert sind, wird das alltägliche Sterben als nicht in Zeitungen oder den Nachrichten ausreichend thematisiert identifiziert; ein Umstand der in den Medien selbst thematisiert wird⁴¹:

„Kaum ein Thema betrifft so viele Menschen – und kaum ein Thema wird dermaßen totgeschwiegen.“ (Schmidt 2014a)

Das Unbehagen in Bezug auf Sterben und Tod wird diskursiv mit der Angst vor körperlichem und psychischem Leid, vor dem Verlust von Autonomie und parallel dazu mit der Zunahme von Fremdbestimmung verknüpft. Ein weiterer für die Tabuisierung angeführter Grund ist die generelle Unsicherheit in Hinblick auf Sterben und Tod, die aus der Unmöglichkeit an Erfahrung aus erster Hand herrührt: die Verstorbenen können nicht mehr über ihre Erlebnisse und Einsichten berichten. Somit bleibt der Tod als nicht-erfahrbar fremd, unsicher und angstbehaftet. Auf gesellschaftlicher Ebene identifiziert der Diskurs eine fehlende Kultur des Umgangs mit Sterben als Grund, der einerseits auf den bereits beschriebenen negativen Assoziationen mit Sterben (Verfall, Krankheit, Schmerz, Unsicherheit) und dem Unwillen zu einer Auseinandersetzung damit fußt. Andererseits konstruiert er die Tabuisierung als Ausdruck einer allgemeineren gesellschaftlichen Werthaltung. Die Gegenwartsgesellschaft erscheint als zunehmend unsolidarisch und durch die Exklusion von vulnerablen oder Randgruppen, wie eben auch Alten, Kranken oder Sterbenden, geprägt. Es wird eine ökonomische und utilitaristische Durchdringung der Gesellschaft und ihrer Teilbereiche statuiert. Wirtschaftliche Kalkulation und Nützlichkeitsüberlegungen erscheinen als Kräfte, die den Umgang mit Menschen im Allgemeinen und mit vulnerablen Gruppen, wie Alten, Kranken oder Sterbenden bestimmen, da diese eben keinen Leistungen und ökonomischen Nutzen mehr erbringen. Diese Ökonomisierung von Lebensende, Sterben und Tod wird als negativer Einfluss auf den Umgang mit den Betroffenen gesehen. Darüber hinaus wird auch auf moralisch-normativer Ebene eine gesellschaftliche Betonung und Höherbewertung von Jugend, Vitalität und Individualität angenommen, die die Auseinandersetzung mit entgegengesetzten Themen wie Alter, Krankheit oder Hilfsbedürftigkeit entgegensteht.

⁴¹ Das Paradox der Thematisierung von einem nicht thematisierten Sachverhalt wird diskursiv nicht angesprochen.

Der Diskurs deutet die Tabuisierung als eine durchaus aktiv vorgenommene Handlung und nicht als vollständig unbewusst ablaufenden Prozess. Die Tabuisierung erscheint als von den Menschen selbst vorgenommen; die immer wieder in unterschiedlichen Varianten verwendete aktiven Verben wie *verdrängen*, *wegsehen* oder *wegschieben* verweisen darauf. Die Enquete-Kommission nimmt in Bezug auf die Tabuisierung eine spezifische diskursive Rolle ein, die sowohl ‚positiv‘ (im Sinne einer notwendigen Thematisierung) als auch ‚negativ‘ (eine letztendlich nicht wirklich offene Thematisierung) gesehen wird (siehe dazu 5.1 und 5.2):

Die Tabuisierung des Sterbens wird diskursiv nicht zu einem unumstößlichen Faktum. Die Integration des Sterbens als Reflexionsinhalt in die Bildung von Kindern und Jugendlichen, in die Ausbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe, sowie die politische und mediale öffentliche Thematisierung werden als positive Anstöße für ein Durchbrechen dieses Tabus angesehen. Als nachhaltige Lösung erscheint eine neue Kultur des Lebensendes und des Sterbens, die verschiedene Gesellschaftsbereiche durchdringen muss. Die Enttabuisierung wird nicht nur Selbstzweck konstruiert, sondern muss, um das Sterben der Menschen erträglicher zu gestalten, vonstattengehen. Ein diskursiver Ankerpunkt ist dabei das Bild vom Sterben als existenzielles Phänomen, das jeden Menschen betrifft. Denn wer über das eigene Lebensende reflektiert und sich bewusst ist, selbst einmal als sterbende Person Hilfe zu bedürfen, wird bereits in der Gegenwart, als noch handlungsmächtige Person, eher Sorge für die Verbesserung von Personen am Lebensende tragen. Dieses verallgemeinernde Bild scheint gerade darauf abzielen, notwendige strukturelle Änderungen anzustoßen, die das Lebensende der Menschen verbessern, indem es den Eigennutzen dieser Maßnahmen hervorhebt. Dass dieses Argument die parallel dazu kritisierte gesellschaftliche Logik des Eigennutzens selbst hinsichtlich der Ausgestaltung des Sterbens übernimmt wird in den untersuchten Dokumenten jedoch nicht thematisiert oder als Widerspruch gedeutet.

Der Diskurs scheint damit die Tabuisierungsthese zu reproduzieren (Ariès 2005; Gorer 1955; Kübler-Ross 2009), die in Fachdiskussionen immer wieder in Zweifel gezogen oder differenziert betrachtet wird. So etwa, dass die Tabuisierung für bestimmte gesellschaftliche Bereiche immer noch in einem gewissen Maß angenommen werden kann, in anderen jedoch eine Enttabuisierung stattgefunden hat und weiter stattfindet (Walter 1991; Wildfeuer, Schnell, und Schulz 2015; Zimmermann und Rodin 2004).

4.1.7 Conclusio: Sterben in Österreich

Der Diskurs rund um die Enquete-Kommission zur „Würde am Ende des Lebens“ zeichnet ein Bild des Sterbens als universelles Phänomen, welches zwar einmal jeden Menschen betrifft, normalerweise aber erst im Alter oder bei Krankheit. Sterben stellt dabei einen zeitlich mehr oder weniger lang andauernden Prozess dar, dessen Verlauf und

Ende in einem gewissen Ausmaß vorhergesehen werden kann. Die betroffenen Personen erscheinen darin in mehrerlei Hinsicht hilfsbedürftig und benötigen umfassende Betreuung, Pflege, medizinische Versorgung und menschlichen Beistand. Das unerwartete und plötzliche Sterben wird entgegen seiner Häufigkeit kaum thematisiert. Das Sterben von Kindern und Jugendlichen wird zu einem seltenen und besonders tragischen, aber nicht normalen Fall.

Gestorben wird an unterschiedlichen Orten, bei denen weniger der Ort selbst, als vor allem das dort vorherrschende Versorgungssetting von Bedeutung ist. Während das eigene Zuhause und Hospiz- und Palliativversorgung positiv vermittelt werden, sind das Krankenhaus und Pflegeheim negativ konnotiert. Das Sterben abseits von Krankenhaus, Pflegeheim, Hospiz oder dem eigenen Zuhause, etwa im Freien oder während des Krankentransports, bleibt ausgespart. Der diskursive geographische Fokus liegt auf Österreich: es werden keine Fragen des ‚normalen‘ Sterbens anderswo verhandelt. Andere Länder treten nur als Kontrastfolie auf, um Fragen der Auswirkung von Regulierung und Praktiken der Tötung auf Verlangen oder des assistierten Suizids zu debattieren. Belgien, die Niederlande und die Schweiz mit ihren liberaleren Gesetzgebungen werden dabei zu abschreckenden Beispielen oder positiven Vorreitern.

Wenngleich das Sterben ein universales Thema darstellt, wird dessen gesellschaftliche Tabuisierung diskursiv konstruiert. Sowohl zwischenmenschlich, in der medialen Öffentlichkeit als auch in politischen Debatten wird ein Mangel an Kommunikation über Sterben, Tod und damit zusammenhängende Aspekte gesehen. Die Tabuisierung erscheint einerseits mitbedingt durch generelles Unbehagen den negativen Begleitererscheinungen und Folgen des Sterbens gegenüber, andererseits als ein Ausdruck einer negativ beurteilten gesellschaftlicher Wertehaltung. In dieser Gesellschaftsdeutung marginalisiert die Priorisierung von Jugend und Vitalität als auch der dominante ökonomisch-utilitaristische Umgang mit Menschen die Phänomene Alter, Krankheit, Sterben und Tod. Diese Tabuisierung wird nicht als unumstößlich konstruiert, sondern als etwas, das durch aktives Zutun durchbrochen werden kann.

4.2 Merkmale des guten Sterbens

Der folgenden Analyse des guten Sterbens ist eine kurze Diskussion des Konzeptes des *guten Sterbens* voranzustellen. Denn die Dokumente, Stellungnahmen und Medienberichten sprechen selten explizit und nie wortwörtlich vom guten Sterben. Vielmehr integrieren die Texte, einzelne Äußerungen und umfassende Erzählungen auf ganz unterschiedliche Art und Weise Bewertungen bestimmter Charakteristika des Sterbens. Die Bestimmung der Merkmale des Sterbens werden dabei positiv wie auch negativ

vorgenommen, durch die Markierung erwünschter wie auch unerwünschter, Rahmenbedingungen und Merkmale des Sterbens.

Äußerungen drücken die Erwünschtheit bestimmter Charakteristika oder Sterbeprozesse durch Absichtsbekundungen oder Wünsche – sprachlich durch *wollen*, *mögen*, *wünschen* oder ähnliche Verben – aus. Die so identifizierten Wünsche sind sowohl als individuell-subjektive (*Ich möchte...*, *Er wollte...*) oder als allgemeine (*Die Menschen wollen...*, *Wer will nicht...*) markiert. Diese Wünsche treten mitunter auch in einer normativen Steigerung als Aufforderung oder Gebot auf (*Wir sollten...*, *Wir müssen...*, *Es ist notwendig...*), wodurch ihre Notwendigkeit und Gültigkeit unterstrichen wird; in manchen Fällen werden damit verbundene konkret Verantwortliche für die Durchsetzung dieser Gebote identifiziert.

Beurteilungen werden ebenfalls entlang dichotomer Kategorien wie menschlich/unmenschlich, natürlich/unnatürlich oder würdevoll/würdelos vorgenommen, wobei aus dem jeweiligen Kontext meistens deutlich wird, inwiefern die jeweilige Zuschreibung als positive oder negative Bewertung gemeint ist. Die zuweilen vorgenommene Identifikation eines beispielsweise *menschlichen* oder *würdevollen* Umgangs mit Personen am Lebensende als Kriterien für ein gutes Sterben lassen jedoch ohne weitere Beschreibungen keine Rückschlüsse darauf zu, wie genau ein gutes Sterben beschaffen ist. Stehen diese Zuschreibungen isoliert für sich, bleiben sie letztendlich inhaltsleer⁴².

Für sich stehende Substantiven (oder deren Adjektiv-Formen) wie Angst, Schmerz, Leid oder Einsamkeit, die als negativ mit dem Sterben verbundene Zustände angeführt werden, stehen auch in den meisten Fällen für sich und werden nicht weiter erläutert. Dies kann auf ein geteiltes Verständnis und eine geteilte Beurteilung dieser Phänomene zurückgeführt werden: da Angst, Schmerz, Leid oder Einsamkeit grundlegende Zustände menschlichen Daseins darstellen, könnte eine weitere Erläuterung als nicht mehr notwendig empfunden und deshalb ausgespart werden. Daneben kann auch dies als weiterer Ausdruck der Tabuisierung von negativen, mit dem Sterben verbundenen Bedingungen und Auswirkungen interpretiert werden.

Die meisten Äußerungen lassen selbst bei Berücksichtigung ihres jeweiligen Kontextes keine Bestimmung zu, inwiefern es sich bei dem geschilderten Sterbeprozess um einen für sich genommenes positives Erlebnis handelt oder er nur als relativ zu anderen Möglichkeiten als ‚besser‘ angesehen wird. Da Sterben im Diskurs tendenziell mit Krankheit und Schmerzen in Verbindung gebracht wird, die negativ assoziiert werden, kann da-

⁴² Als „menschliche“ Eigenschaften oder Handlungen können sowohl das Führen von Kriegen, als auch die Erschaffung von Kunstwerken gesehen werden; Hass ist ein ebenso ein menschliches Gefühl wie Liebe.

von ausgegangen werden, dass Sterben prinzipiell etwas tendenziell Negatives und Unerwünschtes darstellt. Auch die festgestellte Tabuisierung und deren Begründung unterstreicht diese Deutung. Sterben selbst erscheint als integraler Bestandteil des Lebens, der trotz dessen Unerwünschtheit Akzeptanz erfahren muss, da schlicht kein Ausweg vorhanden ist⁴³.

Das hier besprochene gute Sterben stellt eine Hilfskonstruktion dar, die die unterschiedlichen Arten des Sprechens über bestimmte positive Aspekte des Sterbeprozesses und des Sterbens zusammenführt. Eher als ein gutes Sterben an sich kann es als erwünschtes oder besseres Sterben gesehen werden. Dieses gute Sterben wird im Diskurs als prinzipiell erreichbar angesehen: bestimmte Bedingungen und Maßnahmen verkörpern das gute Sterben oder befördern es. Der Weg und Grad dieser Verbesserung wird je nach Sub-Diskurs unterschiedlich gedeutet, wenngleich auch bestimmte Interpretationen und Einschätzungen über ansonsten unterschiedliche Positionen hinweg im Diskurs geteilt erscheinen.

Bedeutsame Bedingungen und Merkmale des guten Sterbens im dominanten Diskurs sind die soziale Einbettung und professionelle Unterstützung, Schmerzfreiheit, Selbstbestimmung, die Abkehr von einer ökonomischen Sicht auf das Sterben sowie die Enttabuisierung des Sterbens. Diese Merkmale guten Sterbens treten selten isoliert auf; vielmehr sind sie eng miteinander verzahnt. Einerseits reicht es nicht, nur eines dieser Merkmale zu erfüllen, andererseits treten Widersprüche in der gleichzeitigen Erfüllung mehrerer davon zutage, die im Diskurs zum Teil offen angesprochen werden, zum Teil aber latent bleiben. Wie ausgeführt werden wird, liegt hinter vielen der Bemühungen, diese Ziele zu realisieren, die Idee des *ruhigen Sterbens* und des *in Ruhe Sterbens*.

Bei der Analyse des guten Sterbens stellt sich immer auch die Frage, für wen das jeweils berücksichtigte Sterben *gut* ist. In den untersuchten Dokumenten sind die Merkmale des guten Sterbens vor allem mit der Lebensqualität der sterbenden Personen selbst verknüpft. Weniger wird die Perspektive von Pflegekräften oder Medizinerinnen und Medizinern und die Auswirkungen eines bestimmten guten oder schlechten Sterbens auf diese Gruppen berücksichtigt. Daneben tauchen im Diskurs aber immer wieder auch An- oder Zugehörige als ebenfalls Betroffene auf: auch für diese gibt es bestimmte Merkmale, die das Sterben gut machen.

4.2.1 Soziale Einbettung: Familie und professionelle Unterstützung

Der dominante Diskurs konstruiert die soziale Einbettung der betroffenen Person als ein zentrales Merkmal eines guten Sterbeprozesses. Zentrale Instanz dieser Einbettung

⁴³ Gleichzeitig ist Akzeptanz auch dem ruhigen und geordneten Sterben zuträglich (siehe 4.2.2).

ist insbesondere die eigene Familie, zuweilen aber auch der darüber hinaus gehende eigene soziale Nahbereich. Die Redewendung vom Sterben im Kreis der Familie evoziert dabei ein häufig gebrauchtes Bild von Nähe und Sicherheit durch die soziale Einbettung in der bekannten und positiv konnotierten Gruppe. Die Einsamkeit, das Alleinsein und das Gefühl der Verlassenheit der Sterbenden treten als für sich selbst stehende negativ beurteilte Gegensätze zu dieser sozialen Einbettung auf.

„Entscheidend für die Würde sind die Menschlichkeit, die achtsame Zuwendung und die liebevolle wie auch professionelle Betreuung, die jeder Einzelne erlebt. Kein Mensch soll sich einsam und verlassen fühlen, wenn es am Lebensende um sein Sterben geht.“ (Michaela Steinacker, In: Österreichisches Parlament 2014c, 14)

Soziale Einbettung bedeutet zunächst das Da-Sein für die betroffene Person. Dieses Da-Sein erschöpft sich jedoch nicht in der simplen physischen Präsenz beziehungsweise Anwesenheit, sondern bedeutet Aufmerksamkeit und aktiven Hinwendung zu den Sterbenden. Mit dem Da-Sein verknüpft ist die emotionale Unterstützung durch kommunikativen und interaktiven Austausch – Eingehen auf Ängste, Fragen beantworten, Gesellschaft leisten – und durch körperliche Gesten. Insbesondere der Berührung kommt Gewicht in Fällen zu, in denen andere Formen der Kommunikation nicht mehr möglich sind. Zugleich ermöglicht das Da-Sein auch praktische Unterstützung, etwa in der Organisation von Pflege oder medizinischer Versorgung oder in konkreten selbst durchgeführten Pflegeleistungen. Das Zuhause erscheint in Hinblick auf die soziale Einbettung, wie bereits ausgeführt, als idealer Ort des Sterbens. Die Vertrautheit mit dem räumlich-materiellen Umfeld tritt hier gepaart mit der Nähe der Familie und Angehörigen auf.

„Wir wissen aus Umfragen, dass praktisch jeder Mensch am liebsten zu Hause im Kreise seiner Angehörigen sterben möchte.“ (Christiane Druml, In: Mauritz 2014)

„Am Ende seines Lebens hat ein Mensch nichts lieber, als in seiner vertrauten Umgebung zu bleiben und von seinen Angehörigen und vertrauten Menschen umgeben zu sein. Dazu wird manchmal auch ein Hausarzt gezählt, der die Geschichte dieser Menschen seit vielen, vielen Jahren kennt [...]“ (Christian Stelzer, In: Österreichisches Parlament 2014c, 54)

Neben der Einbettung in familiäre und informelle soziale Strukturen wird die Qualität der formellen Sozialbeziehungen als Teil von Betreuungs- und Pflegearrangements als wichtig hervorgebracht. Pflegekräfte wie auch Ärztinnen und Ärzte erscheinen als zentrale Ansprechpersonen und Quelle von verschiedenen Unterstützungsleistungen. Diese Zuwendung darf jedoch nicht nur eine rein instrumentelle sein, sondern muss, ähnlich

der familiären Unterstützung, ebenso auf emotionaler und kommunikativer Ebene geschehen. Diese Wichtigkeit der umfassenden und mehrdimensionalen aktiven Hinwendung wird in Schilderungen deutlich, die institutionelle Bedingungen beschreiben, in denen zwar professionelle Pflegekräfte oder Ärztinnen und Ärzte vor Ort sind, diese aber nicht auf die Bedürfnisse der sterbenden Personen in einer mitfühlend Art und Weise eingehen, sondern nur die notwendigen Pflegetätigkeiten ‚mechanisch‘ vornehmen. Vor allem die professionelle beziehungsweise formelle Betreuung, die unter Zeitdruck oder an ökonomischen Kriterien orientiert agiert, wird deshalb als kontrainduziert und für ein ‚schlechtes‘ Sterben verantwortlich konstruiert. Demgegenüber wird umfassende professionelle Unterstützung auf emotionaler wie körperlicher Ebene insbesondere in spezialisierten Palliativeinrichtungen, im Hospiz oder entsprechenden mobilen Diensten gesehen – was auch weitgehend deren nach außen getragenen Selbstbild und Zielsetzung entspricht.

Die soziale Einbettung ist es, die einen Sterbeort erwünscht oder unerwünscht werden lässt (siehe 4.1.4). Die positiven Eigenschaften der räumlichen Einbettung schlagen sich als Vertrautheit und als *kontextuelle Ruhe* (ruhige Umgebung, niedrige Lautstärke, keine Hektik in der Umgebung) nieder. Hektisches und gestresstes Treiben durch andere Personen (etwa in Krankenhäusern oder Pflegeheimen) und eine hohe Lärmkulisse werden demgegenüber als negativ angesehen. Eine weitere Ausprägung von Ruhe, in der sowohl die Aspekte des Stresses als auch die der ruhigen Umgebung zusammen kommen, ist das ununterbrochene Verweilen an dem gewünschten Ort des Sterbens (*ruhen; Bewegungsruhe*). Der Ortswechsel in ein Pflegeheim oder Krankenhaus erscheint als negativer Akt, den es zu vermeiden gilt. Mit ihm sind körperlicher und psychischer Stress für die betroffene Person und die Angehörigen verbunden. Eng mit der kontextuellen Ruhe verbunden ist die *soziale Ruhe*. Mit diesem Begriff wird hier die Ordnung der organisatorischen Abläufe und sozialen Praktiken der Menschen rund um die betroffene Person gefasst. Ist eine solche nicht gewährleistet, hat dies negative Effekte auf die Ruhe der sterbenden Person und verhindert ein gutes Sterben (siehe 4.2.3). Das Zusammenspiel der verschiedenen Menschen im sozialen Umfeld ist gerade deshalb so wichtig: verläuft es nicht reibungslos, entsteht Stress, der sich auf die betroffene Person überträgt.

Diskursiv werden diese Arten von Ruhe diese zu einem wichtigen Einflussfaktor auf das Wohlbefinden der sterbenden Person, da dadurch die eigene *individuelle Ruhe* (Stress, Aufregung) beeinflusst wird, welche ebenso mit der körperlichen Verfassung und Schmerzen zusammen hängt (siehe 4.2.2). Abschließend wird zu diskutieren sein, welche Folgen sich aus dieser Stellung der Ruhe im Diskurs rund um das gute Sterben ergibt.

4.2.2 Schmerzfreiheit und Symptomkontrolle

Das Diskursiv hervorgebrachte Sterben steht, wie gezeigt wurde, in enger Verbindung mit Krankheit und Alter und damit zusammenhängenden Begleiterscheinungen. Neben spezifischen körperlichen Symptomen oder allgemeiner Gebrechlichkeit ist vor allem der Schmerz eng mit dem Sterben verknüpft. *Schmerz* wird zumeist nicht weiter beschrieben und definiert, sondern erscheint als selbsterklärende Zustände, den es zu vermeiden gilt. Aus den verschiedenen Erzählungen wird jedoch deutlich, dass Schmerz nicht nur den Körper betreffen können, sondern auch die Psyche. Es sind nicht nur körperliche Schmerzen, die die Sterbenden erleiden müssen, sondern auch psychische Begleiterscheinungen oder Ausprägungen. Insbesondere die Angst vor dem Ungewissen, die Trauer des Zurücklassens von Angehörigen oder auch die Furcht vor körperlichen Schmerzen treten als zentrale Aspekte des Leidens hervor. Diese psychische Seite des Leids kann einerseits durch die vorher beschriebene soziale Einbettung gemindert werden. Andererseits ist auch das psychische Leiden nur durch die (prospektive) Möglichkeit der Linderung körperlicher Schmerzen zu adressieren.

Ausreichende und adäquate Schmerztherapie sind notwendige Voraussetzungen für ein gutes Sterben, denn Schmerz wird, ein paar wenige Ausnahmen ausgenommen, als durchwegs negativ, möglichst zu mindern oder gänzlich zu verhindern gedeutet. Die bereits oben angesprochene professionelle Unterstützung ist gerade deshalb auch für ein gutes Sterben so wichtig: nur durch diese ist gewährleistet, dass Schmerzen und unangenehme Symptome unter Kontrolle gehalten werden können. Schmerztherapie wird zu einer Handlungsoption der professionellen, ärztlichen Sphäre. Die Schmerztherapie selbst wird dabei relativ unbestimmt als Verabreichung von verschiedenen pharmazeutischen Mitteln geschildert, die bis hin zu einer umfassenden Sedierung (Verlust des Bewusstseins) reichen kann. Die Grenzen der Schmerztherapie werden in Bezug auf Lebensverlängerung und Lebensverkürzung (bis hin zur Tötung der betroffenen Person) diskursiv ausverhandelt, jedoch nicht letztgültig scharf gezogen. So sehr die Verabreichung von schmerzstillenden Substanzen als Mittel der Wahl erscheint, um ein gutes weil schmerzfreies Sterben zu ermöglichen, so sehr steht diese Therapieoption in Konflikt mit dem Ziel, das Sterben nicht übermäßig zu verlängern (Übertherapie) oder zu verkürzen (Tötung). Gerade aus Perspektive von Ärztinnen und Ärzten, die sich in den Texten äußern, wird diese Gratwanderung beschrieben.

Ärztinnen und Ärzte nehmen gerade wegen der Zentralität der Schmerztherapie, aber auch wegen ihrer Rolle hinsichtlich Übertherapie und Selbstbestimmung eine besondere Stellung im Diskurs ein. Sie werden im Vergleich zu Pflegekräften öfter als bedeutende Akteurinnen und Akteure – sowohl in positiver als auch negativer Hinsicht – benannt. Ärztinnen und Ärzte werden diskursiv als zentral Verantwortliche für eine adäquate Schmerz- und Symptomtherapie (Linderung von Atemnot, künstliche Ernährung)

identifiziert. Sie sind es, die im Idealfall ein schmerzfreies Sterben durch ihre Expertise und die damit verbundenen Rechte (Verschreibung von Schmerzmittel) ermöglichen können. Gleichzeitig sind es Ärztinnen und Ärzte, die das gute Sterben verhindern können, indem sie Therapieentscheidungen treffen, die das Sterben und Leiden unnötig verlängern (Übertherapie) oder ungerechtfertigt verkürzen. Diskursiv wird Schmerztherapie ausschließlich als Teil des medizinischen Fachbereichs verhandelt; andere Formen von Schmerzmittel (zum Beispiel verschiedene Arten von Drogen) oder die Selbsttherapie mit pharmazeutischen Mitteln treten hingegen nicht auf.

Schmerzfreiheit und Symptomkontrolle erscheinen im Diskurs auch als Aspekte von Ruhe in der Situation der Sterbenden. Die Ruhe, hier verstanden als Abwesenheit körperlichen und geistigen Stresses und Agitiertheit (*individuelle Ruhe*), wird zum positiv bewerteten und angestrebten Zustand im Sterbeprozess. Diese Beruhigung geschieht durch entsprechende Mittel, die den Schmerz stillen, das Bewusstsein dämpfen oder sogar ausschalten können. Die negative Beurteilung der Übertherapie und des künstlich verlängerten Sterbeprozesses ist mit dem Ideal des ruhigen und schmerzfreien Sterbens negativ gekoppelt. Im Diskurs erscheinen umfangreiche medizinische Behandlungen und Eingriffe (mit Ausnahme von Schmerz- und Symptomtherapie) als Ursachen für Unruhe und ein verlängerter Sterbeprozess ohne Aussicht auf Heilung als zusätzlicher Quell von Schmerz und Leid. Lebenserhaltende Maßnahmen werden zwar als eigene Entscheidung der betroffenen Person gesehen, tendenziell jedoch auch als Unruhe und Schmerz erzeugend negativ eingestuft. Das Zulassen des Sterbens, wie auch in Palliativkonzepten und von Hospizbewegung gefordert, erscheint demgegenüber als Ideal. Das Ermöglichen eines natürlichen Sterbens wird gefordert, wobei keine umfassenden Bestimmungen vorgenommen werden, was als ‚natürlich‘ anzusehen ist. Vielmehr erscheint selbst diese Natürlichkeit eng mit der Idee von Schmerzfreiheit verbunden zu sein.

Die Zuschreibung der Natürlichkeit oder Unnatürlichkeit erscheint auch durch den Vergleich eines konkreten Sterbeprozesses mit dem Einschlafen als idealen Sterbens verknüpft zu sein. Palliativmedizinische Eingriffe wie Schmerz- und Symptomtherapie werden dabei trotz ihres medizinisch-technologischen Wesens nicht zwingend als Determinanten eines unnatürlichen Sterbens angesehen, wenngleich dadurch das natürliche körperliche Schmerzempfinden unterdrückt wird. Vielleicht ist es auch gerade das positive Bild vom guten Sterben als friedliches Einschlafen, das die Schmerztherapie, die ja eine beruhigende und fallweise sedierende Wirkung hat, nicht als negativen technischen Eingriff erscheinen lässt. Andererseits sind mit der konkreten Bestimmung von Natürlichkeit ganze Komplexe von normativen Positionen, Ideen und Vorstellungen verbunden, die in Sub-Diskursen reproduziert werden.

4.2.3 Selbstbestimmung: der eigene Wille in einer abhängigen Lage

Sterben wird zwar diskursiv als Situation beschrieben, in der die Betroffenen von anderen Personen in vielerlei Hinsicht abhängig sind⁴⁴ und in der die soziale Einbettung positiv konnotiert wird. Zugleich sind aber auch die Wichtigkeit der Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und deren freie Entscheidungsfindung zentrale Werte für ein gutes Sterben. Diese Spannung zwischen freier Willensbildung und Entscheidung auf der einen Seite, und der starken Abhängigkeit im Sterbeprozess auf der anderen Seite, ist ein zentraler Konfliktpunkt zwischen den Sub-Diskursen (siehe Kapitel 5). Trotz der in den Sub-Diskursen vorgebrachten unterschiedlichen Deutungen der Möglichkeiten von Selbstbestimmung, gibt es aber eine Reihe von Charakteristika, die in beiden gleichermaßen reproduziert werden.

Selbstbestimmung wird zumeist über die Abwesenheit von äußerem Druck in Entscheidungssituationen definiert. Soziale Unterstützung in Entscheidungssituationen, etwa durch das Aufzeigen von Alternativen oder Geben von Informationen, wird nur bis zu dem Punkt positiv gesehen, an dem ein bestimmender oder sogar manipulativer Eingriff in die Entscheidungsfindung des Individuums vorgenommen wird, um die Entscheidung in die eine oder andere Richtung zu beeinflussen. Diese Beeinflussung (Fremdbestimmung) kann explizit erfolgen, etwa, indem von handelnden Personen die Entscheidung nicht berücksichtigt wird (zum Beispiel, wenn eine Patientenverfügung durch eine Ärztin oder einen Arzt nicht beachtet wird) oder subtil durch das wiederholte Vermitteln einer bestimmten Perspektive, die dann die Entscheidung beeinflusst (Beispielsweise, dass die betroffene Person eine Last für die Angehörigen darstellt).

Über den Einfluss konkreter Akteurinnen und Akteure auf eine Entscheidung hinaus werden situative und strukturelle Gegebenheiten als die Selbstbestimmung potentiell einschränkend angesehen. Zwar können mitunter Entscheidungen und Willensäußerungen selbstbestimmt getroffen werden, die vorhandenen Ressourcen und Bedingungen lassen eine Realisierung jedoch nicht zu. Eine charakteristische Herausforderung in Bezug auf das Treffen eigener Entscheidungen ist, dass das Lebensende mitunter mit körperlichen und geistigen Zuständen verbunden ist, die es den betroffenen Personen verunmöglichen selbst eine Entscheidung zu treffen. Personen können aufgrund von Krankheit oder dem fortgeschrittenen Sterbeprozess bewusstlos oder komatös sein, an Demenz oder anderen neurodegenerativen Erkrankungen leiden. Als Antwort auf dieses spezifische Problem werden Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht im Diskurs zu zentralen, wenngleich in einem gewissen Maße mangelhafte Mittel zur Verwirklichung von Selbstbestimmung am Lebensende (siehe 4.3). Liegen derartige Bestimmun-

⁴⁴ Etwa hinsichtlich der eben angesprochenen Schmerztherapie von Ärztinnen und Ärzten.

gen nicht vor, werden Entscheidungen im Gespräch zwischen Angehörigen und den betreuenden Ärztinnen und Ärzten stellvertretend getroffen.

Fragen der Selbstbestimmung betreffen im dominanten Diskurs insbesondere die räumliche Verortung sowie die medizinische Behandlung. Die Freiheit zur eigenen Wahl des Sterbeortes und des Ausmaßes medizinischer und therapeutischer Intervention werden als Merkmale des guten Sterbens identifiziert. Das Hinauszögern des eigenen Todes wie auch die Ablehnung weiterer medizinischer Intervention werden diskursiv weitgehend geteilt als legitime Entscheidungen gesehen. Die Beurteilungen der Entscheidung zur aktiven Lebensbeendigung – als assistiertem Suizid oder Tötung auf Verlangen – gehen demgegenüber je nach Sub-Diskurs auseinander. Wie weit die Selbstbestimmung aber überhaupt gehen darf und inwieweit sie am Lebensende gewährleistet ist, wird je nach Sub-Diskurs unterschiedlich interpretiert: während manche Diskursteilnehmende Selbstbestimmung auch am Lebensende als möglich ansehen, gehen andere davon aus, dass diese aufgrund der Situation nicht mehr realisierbar ist (siehe 5.1 und 5.2).

Die Selbstbestimmung hat zur Voraussetzung, dass die Person in einem Zustand ist, in dem sie selbst Entscheidungen treffen kann. Da im Sterben dies mitunter nicht mehr gegeben ist, wird die frühzeitige Reflexion und Entscheidungsfindung zu einem zentralen Aspekt des guten Sterbens. Diese hat wiederum die Enttabuisierung des Sterbens zur Voraussetzung.

4.2.4 Tabuisierung durchbrechen – Akzeptanz schaffen

Das Durchbrechen der Tabuisierung von Sterben und Tod im öffentlichen wie auch privaten Bereich wird diskursiv zu einer Notwendigkeit, um ein gutes Sterben zu ermöglichen. Die Enttabuisierung stellt sich auf situativer und gesellschaftlicher Ebene als Voraussetzung dar, um das Sterben verbessern können. Direkt damit verbunden ist die Forderung nach Akzeptanz des Sterbens als Teil des Lebens, ein zentraler Bestandteil von Palliativversorgungskonzepten (Zimmermann 2012).

Auf konkreter individueller Ebene ist die Tabuisierung mit direkten negativen Auswirkungen auf die Betroffenen und Angehörigen verbunden und muss deshalb überwunden werden. Die Tabuisierung ruft eine fehlende Anpassung an die Situation und nicht adäquate soziale und emotionale Unterstützung hervor. In dem folgenden Beispiel zeigt sich die soziale Einbettung als insofern mangelhaft, als dass sie keine Akzeptanz für die Perspektive und Lage der betroffenen Person aufbringt:

„Ein schwerkranker Mensch sagt, „in zwei Wochen bin ich nicht mehr unter euch“. Oft kommen auf solche Aussagen Antworten wie „Nein, es wird schon wieder werden“. Aber damit nehme ich den Betroffenen nicht ernst, gehe

nicht auf ihn, auf seine Sorgen und Ängste, ein.“ (Interview mit Christiane Druml, In: Mauritz 2014)

In dieser wie auch in anderen Äußerungen wird die Möglichkeit des direkten kommunikativen Austauschs zwischen der sterbenden Person und unterstützenden Akteurinnen und Akteuren imaginiert. Da diese Option am Lebensende mitunter nicht mehr möglich ist, etwa aufgrund einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung oder von Bewusstlosigkeit, rücken Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht auch diskursiv in den Fokus.

Die Notwendigkeit der Enttabuisierung ist deshalb ebenso auf einer praktischen Ebene eng mit der Realisierung eines guten Sterbens verknüpft, weil in manchen Fällen nur durch frühzeitige Kommunikation des eigenen Willens das Kriterium der Selbstbestimmung erfüllt werden kann. Nur wenn Menschen rechtzeitig – also in einem Zustand intakter kognitiver Fähigkeiten – über ihre zukünftiges Lebensende reflektieren, können sie entsprechende Vorkehrungen, wie eine Patientenverfügung, treffen, um ein Sterben gemäß ihrer eigenen Wünsche zu ermöglichen. Aber auch wenn bereits das Lebensende als absehbar wahrgenommen wird oder die Menschen bereits im Sterben liegen, ist die Kommunikation zwischen allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren (ob mit Angehörigen, Pflegekräfte oder Medizinerinnen und Mediziner) essentiell. Nur in offenen Gesprächen über die verschiedenen Seiten des Sterbens und des Todes (auch über unerwünschte, wie Schmerz oder andere körperliche Symptome) können einerseits Entscheidungen getroffen, andererseits Unsicherheiten oder sogar Ängste abgebaut werden. Ein im Rahmen der Enquete-Kommission referierender Arzt veranschaulicht diesen Abbau von Ängsten mit dem Beispiel einer Patientin, mit der er über verschiedene Möglichkeiten der Sedierung am Lebensende sprach:

„Während ich das sagte, begann sie zu weinen. Ich habe mir gedacht, ich habe schon Hunderte solcher Gespräche geführt, und jetzt war ich doch zu forsch im Vorgehen, habe sie verletzt, und sagte zu ihr stammelnd: Es tut mir leid, wenn ich Sie jetzt mit meinem Reden überfordert oder gar verletzt habe! – Aber Sie sagte unter Tränen: Ich weine nicht, weil Sie mich verletzt hätten, sondern weil ich so glücklich bin, dass ich jetzt weiß, dass ich nicht ersticken muss!“ (Österreichisches Parlament 2015a, 8)

Der kommunikative Austausch über das sonst ausgeblendete Thema eines potentiell qualvollen Todes – in diesem Fall aufgrund einer in die Lunge metastasierender Brustkrebserkrankung, die die Atmung beeinträchtigte und Atemnot hervorrief – schafft in dieser Erzählung eine gemeinsame Wissensbasis über therapeutische Ansätze, die belastende und leidvolle Symptome am Lebensende mindern können. Das offene Gespräch bringt der Patientin Klarheit über die weiteren Behandlungsmöglichkeiten und

Sicherheit hinsichtlich der Linderung weiterer belastender körperlicher Symptome. Die vom Arzt als normal markierte professionelle Vorsicht in der Kommunikation über Sterben und Tod zeigt die wahrgenommene Sensibilität des Themas. Zugleich wird das vorsichtige Durchbrechen einer vollkommenen Tabuisierung (was ein gänzlichliches Nicht-darüber-sprechen bedeuten würde) zu einem Moment der Erleichterung und des Glücks.

Derartige positive Schilderungen des Durchbrechens des Tabus verstärken die Forderung nach einer Enttabuisierung. Im dominanten Diskurs erscheint die gesellschaftliche Tabuisierung des Sterbens trotz derartiger Momente immer noch intakt zu sein und die frühzeitige Reflexion und Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und auch die unmittelbar praktische Auseinandersetzungen in Situationen am Lebensende zu verhindern. Deshalb wird die Tabuisierung als Phänomen angesehen, das es für ein gutes Sterben zu überwinden gilt, da ansonsten die notwendigen Vorbereitungen nicht getroffen werden. Dieser Aspekt der Vorbereitung kann mit dem bereits besprochenen Kriterium der Ruhe in Verbindung gebracht werden: nur durch Vorbereitung ist ein angst- und stressfreies und damit ruhiges Sterben möglich.

Das Durchbrechen der Tabuisierung wird nicht nur auf dieser individuellen und praktischen Ebene als notwendig für ein gutes Sterben identifiziert. Ebenso wird eine gesamtgesellschaftliche Debatte über das Sterben und bestimmte damit verbundene kontroverse Aspekte – insbesondere die Tötung auf Verlangen und der assistierte Suizid – als erforderlich erachtet. Erst durch eine umfassende Auseinandersetzung in der breiten Öffentlichkeit, in Bildungskontexten sowie in fachlich-beruflichen Feldern (Pflege und Medizin) erscheint ein weit verbreitetes gutes Sterben realisierbar, da nur so die einzelnen Akteurinnen und Akteure das Bewusstsein über notwendige Schritte hin zu einem eigenen guten Sterben oder die Befähigung zur Unterstützung anderer erlangen können. Das letztendliche Ziel dieser kommunikativen Bemühung um Bewusstseinsbildung ist die Schaffung einer neuen und anderen Kultur des Sterbens, die u. a. eben eine Offenheit diesem Thema gegenüber in sich trägt und damit die Lage der Sterbenden verbessert:

„Es ist bedenklich, dass Kinder und Jugendliche niemals das Sterben oder einen Toten sehen. Argumentiert wird das immer damit, dass man ihnen das nicht antun möchte. Damit wird schon der Grundstein gelegt, dass Sterben ein Feindbild ist. Ich freue mich nicht aufs Sterben, aber ich weiß, dass es notwendig ist. Wenn alle Menschen so denken, leben sie vielleicht ein bisschen bewusster.“ (Günther Loewit, In: Schmidt 2014b)

4.2.5 Keine Frage des Geldes

Die Bedingungen des Sterbens erscheinen diskursiv eng mit den finanziellen Möglichkeiten, sowohl auf Systemebene (Gesundheits-, Pflege- und Sozialsysteme) als auch auf individueller Ebene verbunden. Diese beiden Ebenen bedingen dabei einander: ist die Finanzierung eines guten Sterbens durch die öffentliche Hand nicht ausreichend – die derzeitige Situation wird in dieser Hinsicht als defizitär konstruiert (siehe 4.3) –, so ergeben sich je nach finanzieller Lage der Betroffenen und Angehörigen unterschiedliche Möglichkeiten, ein gutes Sterben zu realisieren. Das gute Sterben wird in diesem Narrativ zu einer Frage des Geldes – was negativ beurteilt wird.

Die ökonomische und finanzielle Perspektive auf das Sterben wird als grundlegendes Problem identifiziert: Sobald Geld ein Faktor ist, dem von den beteiligten Akteurinnen und Akteure zentrale Aufmerksamkeit geschenkt wird, erscheint das gute Sterben in Gefahr zu sein. Denn anstelle einer umfassenden Hinwendung zur sterbenden Person und der Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen sozialen, emotionalen und körperlichen Bedürfnisse, rückt die Finanzierung der notwendigen Leistungen in den Vordergrund. Neben den grundsätzlich negativen Aufmerksamkeitseinbußen kann dies auch kritische praktische Folgen zeitigen, wenn etwa Leistungen reduziert oder gänzlich gestrichen werden, da ungenügend finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen.

Gerade in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen wird dieser Ressourcenmangel und eine daraus entstehende ökonomische Betrachtung und Beurteilung von Leistungen für die Patientinnen und Patienten diskursiv lokalisiert. Aufgrund fehlender Budgetmittel verschiebt sich das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Personal und zu betreuenden Personen; zu wenig Personal, mit zu wenig Zeit steht dann einer zu großen Anzahl an Patientinnen und Patienten und deren Bedürfnissen gegenüber. In einer derartigen Mangelsituation werden entweder bestimmte Aspekte, die als weniger essentiell eingestuft werden (wie emotionale Zuwendung), hintan gestellt oder gänzlich außer Acht gelassen. Oder die Qualität aller Betreuungs- und Pflegeleistungen lässt nach. Diese den stationären Pflegeorganisationen zugeschriebene ökonomische Prägung trägt mit zu dem negativen Bild des Krankenhauses und des Pflegeheims als Sterbeorte bei (siehe 4.1.4).

Jedoch sind nicht nur Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte von dieser ökonomischen Kosten-Nutzen Rechnung betroffen, sondern mitunter auch Angehörige oder die Betroffenen selbst. Gerade der restriktive Sub-Diskurs baut ein negatives Bild des sozialen Nahbereichs der betroffenen Personen auf. Die Angehörigen erscheinen hier manchmal mehr am Geld der versterbenden Person interessiert, als am Wohlbefinden der Person beziehungsweise an deren authentischen Wünschen für ein gutes Sterben. Den Menschen im Allgemeinen, wie auch den Angehörigen im Speziellen wird diese Orien-

tierung am ökonomischen Gewinn und Nutzen oder zumindest der Vermeidung eines finanziellen Verlustes unterstellt. Diese Sichtweise hängt eng mit regulatorischen Forderungen zusammen, wie später noch gezeigt werden wird (siehe 5.1).

Dementgegen hat der permissive Sub-Diskurs ein weniger kritisches Bild auf das soziale Umfeld der Sterbenden, weshalb dieser andere Schlüsse ziehen kann. In diesem werden die Angehörigen als den eigenen Willen unterstützende gesehen; nur die fehlerhafte Regulierung unterbindet daraus folgende praktische Hilfe. Zugleich wird aber auch hier die Einschränkung der Selbstbestimmung aus finanziellen Gründen kritisiert, jedoch unter anderem Vorzeichen. Die Möglichkeit zum selbstbestimmten Sterben, welches im permissiven Diskurs auch den assistierten Suizid einschließt, wird unter den gegebenen Umständen⁴⁵ durch mangelnde finanzielle Mittel verunmöglicht. Denn nur Personen, die sich eine entsprechende Reise in die Schweiz leisten können, ist die Inanspruchnahme von entsprechenden Dienstleistungen von Organisationen möglich, die assistierten Suizid unterstützen. Strukturelle soziale Ungleichheit tut sich auf, die für begüterte Personen einen besseren Tod (weil selbstbestimmt, schnell und schmerzlos) ermöglicht als für ärmere Personen, die in Österreich keine Unterstützung wahrnehmen können (siehe 5.2). Dieser Negativbewertung liegt eine Idee zugrunde, die nicht nur im permissiven Sub-Diskurs vertreten, sondern im dominanten Diskurs insgesamt geteilt wird. Die individuelle Selbstbestimmung, unabhängig davon, inwieweit sie als möglich angesehen wird, erscheint im existierenden System von den individuellen finanziellen Mitteln abzuhängen. Gerade in Bezug auf die Ausgestaltung des Lebensendes, in Bezug auf die Ermöglichung eines guten Sterbens, tritt diese Ungleichheit bedeutend hervor. Denn mit einem Mangel finanzieller Mittel erscheint keine wirkliche Wahlfreiheit der Art der Pflege und Betreuung sowie des Ortes mehr möglich. Sterben darf in diesem Narrativ aber eben gerade keine Frage des Geldes sein. Nicht nur, weil die im Sterbeprozess unterstützend handelnden Akteurinnen und Akteure ansonsten den notwendigen Tätigkeiten nicht ausreichend nachkommen können und die Selbstbestimmung der Betroffenen leiden könnte. Das Ökonomische wird geradezu zu einem unmoralischen Phänomen, welches dem moralisch anzustrebenden guten Sterben entgegengesetzt wird.

4.2.6 Conclusio: das gute Sterben als etwas Erreich- und Planbares

Sterben wird diskursiv als etwas für sich genommen Unerfreuliches identifiziert, das gute Sterben erscheint als ein erwünschteres Sterben im Vergleich zu schlechteren Alternativen. Nichtsdestotrotz eignet sich der Begriff des guten Sterbens als Sammelbegriff für diskursiv hervorgebrachte Sterbeprozesse, die bestimmte Charakteristika

⁴⁵ Verbot des assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen in Österreich.

aufweisen, die ein im Vergleich besseres Sterben ermöglichen. Der Begriff des guten Sterbens fasst sowohl den Aspekt der Erwünschtheit eines bestimmten Sterbeverlaufs, als auch den der moralisch-ethisch positiven Beurteilung eines eben solchen Sterbens zusammen. Diese beiden Aspekte treten im Diskurs hervor, das gute Sterben erscheint sowohl als Realisierung eines Wunsches, als auch als normativer Maßstab.

Die Konstruktion des guten Sterbens erfolgt durch unterschiedliche Varianten sprachlicher Markierung, als Absichtsbekundungen oder Wünsche, Aufforderungen oder Gebote, oder Zuschreibung bestimmter dichotomer Kategorien (menschlich/unmenschlich, natürlich/unnatürlich, etc.). Das gute Sterben wird als unter bestimmten individuellen, sozialen und medizinisch-pflegerischen Bedingungen realisierbar hervorgebracht. Die identifizierten Merkmale guten Sterbens⁴⁶ weisen Parallelen zu den Zielen von Hospizbewegung und Palliativversorgungskonzepten auf, bei denen zwar Schmerz- und Symptomtherapie als medizinische Maßnahmen zentral sind, darüber hinaus aber auch nicht-medizinische und nicht-pflegerische Bedürfnisse der Sterbenden berücksichtigt werden (Nagele und Feichtner 2012). Wie auch in Hospiz- und Palliativversorgung geht es bei dem diskursiv hervorgebrachten guten Sterben um ein Sterben, das wahrgenommen, reflektiert, akzeptiert und eben gerade nicht tabuisiert wird. Das gute Sterben wird zum sozial Eingebetteten und Zugelassenen, bei dem der (so weit als möglich) selbstbestimmte Mensch mit seinen verschiedenen Bedürfnissen im Vordergrund steht, das vor allem aber auch in unterschiedlicher Hinsicht *ruhig* abläuft (stressfrei, kein Ortswechsel, keine unnötigen Behandlungen oder Verlängerungen des Leids etc.).

Das im dominanten Diskurs hervorgebrachte gute Sterben erscheint als plan- und realisierbar und letztendlich geprägt von eben dem Ziel, das Sterben ruhig und stressfrei ablaufen zu lassen. Selbst wenn das Sterben immer noch negativ konnotiert ist, können entsprechende soziale Rahmenbedingungen das mehrdimensionale Leid der Sterbenden lindern, den Prozess auch für die Angehörigen erträglicher gestalten und somit ein gutes Sterben ermöglichen. Vor dem Hintergrund der implizit wie explizit vermittelten Gesellschaftsdiagnose, dass die Sorge für die Sterbenden nicht mehr vom persönlichen sozialen Umfeld getragen wird oder werden kann, verschieben sich diese Aufgaben zu entsprechenden professionellen Gruppen, die betreuende, pflegerische, medizinische und insbesondere palliativen Versorgung bieten, und die Verantwortung zur Bereitstellung der dazu notwendigen Ressourcen an den Staat und die Politik.

Das Individuum wird in der Situation selbst von einer Verantwortung für das eigene gute Sterben weitgehend ausgenommen. Die betroffene Person erscheint im Sterben als prinzipiell hilfsbedürftig und damit nicht mehr fähig zur Bewältigung aller notwen-

⁴⁶ Soziale Einbettung, Schmerzfreiheit, Selbstbestimmung, Enttabuisierung und letztendlich auch die verschiedenen Arten der Ruhe im Sterben.

digen Aufgaben. Die Handlungsfähigkeit des Einzelnen bleibt auf eine rechtzeitige Vorbereitung des eigenen Lebensendes – zu einem möglichst frühen Zeitpunkt, vor dem Einsetzen des Sterbeprozesses – und offener Kommunikation beschränkt. Im Sterben selbst treten jedoch diese Fähigkeiten immer weiter in den Hintergrund und machen das Eingreifen unterstützender Akteurinnen und Akteure notwendig. Fragen der Kooperation der betroffenen Person in dieser Situation stellen sich nicht. Außer der sprachlichen Äußerung des eigenen Willens tritt die sterbende Person im Diskurs nicht als aktiv Handelnde auf. Nur in Fällen der aktiven Beendigung des eigenen Lebens durch (assistierten) Suizid zeigen sich Sterbende nicht als passiv, sondern als aktive Akteurinnen oder Akteure am Lebensende. Der Fokus auf ein gutes Leben, das vom gesunden Individuum eher noch gestaltet werden kann, als Vorbedingung für ein gutes Sterben wird hingegen selten thematisiert. Die Frage nach dem guten Sterben verbleibt diskursiv bei Sterben und Tod und geht nur vereinzelt darüber hinaus.

4.3 *Defizit und Ausbau: gutes Sterben als strukturelles Problem*

Der dominante Diskurs verknüpft die durch in hervorgebrachten Charakteristika des Sterbens in der österreichischen Gegenwartsgesellschaft und die Merkmale des guten Sterbens mit bestimmten notwendigen Ressourcen und Maßnahmen, die ein ebensolches gutes Sterben ermöglichen. Diese Ressourcen und Maßnahmen werden jedoch als derzeit nicht ausreichend vorhanden beziehungsweise ausgebaut angesehen: es wird ein strukturelles und gesellschaftliches *Defizit* identifiziert. Dieses ist zu verringern, soll das gute Sterben in einem größeren Ausmaß realisiert werden können: ein *Ausbau* ist vonnöten.

Das Bestehen von Defiziten und die Notwendigkeit des Ausbaus werden in unterschiedlichen Bereichen und Ebenen festgestellt: Im Gesundheitssystem wird insbesondere die Verbesserung und Verfügbarmachung von Hospiz- und Palliativversorgung, aber auch, in einem geringeren Ausmaß, die weitere Verbreitung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht identifiziert. Den Zielen des Ausbaus von Palliativ- und Hospizversorgung sowie der stärkeren Verbreitung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht wird ungeachtet der sonstigen normativen Ausrichtung in den Sub-Diskursen nicht widersprochen. Auch Akteurinnen und Akteure, die eine Liberalisierung der Gesetzgebung und eine Legalisierung des assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen fordern, reproduzieren den Diskurs von Defizit und Ausbau der Versorgung am Lebensende.

4.3.1 Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung

Die zentrale und geteilte Forderung des dominanten Diskurses rund um das gute Sterben ist der Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung. Da das dominant diskursiv hervorgebrachte gute Sterben starke Parallelen zu Palliativversorgungskonzepten und der Hospizbewegung aufweist, ist dies nicht überraschend.

„Der Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung ist notwendig, um den Zugang für alle, die dies wollen und brauchen, zu ermöglichen. Ziel muss es sein, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es jedem ermöglichen, die letzte Lebensphase in Würde zu verbringen beziehungsweise in Würde sterben zu können – ohne Schmerzen und nicht alleingelassen.“ (Rudolf Edlinger, In: Österreichisches Parlament 2014c, 13)

Diese Notwendigkeit des Ausbaus wird dabei auf drei unterschiedlichen Ebenen identifiziert. Erstens, die Erhöhung der Versorgungskapazitäten durch zusätzliche finanzielle Mittel. Die häufigste und am umfassendsten artikulierte Forderung ist die der Schaffung und des Ausbaus der Versorgungskapazitäten, die die Einrichtung von entsprechend spezialisierten Stationen, Räumen oder Betten, stationären oder mobilen Teams oder die Erhöhung der Personalkapazitäten in diesem Bereich umfasst. Es geht um eine „flächendeckende“⁴⁷ Bereitstellung von Palliativ- und Hospizversorgung und eine Umsetzung eines seit Jahren vorhandenen Konzepts der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2004).

„Tatsächlich bedarf es keiner besonders smarten Datenanalyseverfahren, um zur Erkenntnis zu gelangen, dass das Angebot palliativmedizinischer Betreuung und von Hospizplätzen in Österreich ausbaufähig erscheint. Stark ausbaufähig.“ (Neuwirth 2014)

Die Bereitstellung ausreichender, das heißt größerer finanzieller Mittel als bisher, wird dabei als Lösung zur Behebung des noch vorherrschenden Defizits gedeutet. Diese Forderung wird zentral an die Politik und die regierenden Parteien gerichtet. Diese werden als ermöglichende oder verhindernde Kraft einer derartigen Veränderung gesehen, da sie als verantwortlich für die Verteilung finanzieller Mittel im Gesundheitssystem identifiziert werden. Kritisch werden in dieser Hinsicht die aufgesplitterten und nicht immer klaren Finanzierungsstrukturen diskutiert: Sterben erscheint als Querschnittsphänomen, welches verschiedene Professionen und Institutionen zusammen bringt. Gleichzeitig sind verschiedene Teile des Gesundheits- und Sozialsystems struk-

⁴⁷ Dieser Terminus wird häufig im Zuge dieser Forderung verwendet.

turell voneinander getrennt und Zuständigkeiten (auch hinsichtlich der Finanzierung) sind umstritten, was letztendlich zu einer Mangelfinanzierung führt. Empörung ruft die fallweise starke Abhängigkeit von Spendengeldern auf, deren Fluss nicht immer gesichert ist, wodurch auch die Bereitstellung von kontinuierlich zu erbringenden Leistungen (etwa mobile Hospizbetreuung) unsicher erscheint.

„Wir haben hier eine Warteliste von null bis zehn Tagen“, erzählt Hospiz-Geschäftsführer Robert Oberndorfer, der sich auch über die Politik echauffiert. Weil sie die nicht ausreichende Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung wie beim Pingpong zwischen Gesundheits- und Sozialressort hin- und herspiele. Sein Haus müsse sich zu einem Drittel mit Spenden über Wasser halten, jährlich müsse eine runde Million Euro gesammelt werden.“ (Simonitsch 2014)

Die Finanzierung der Palliativ- und Hospizversorgung durch die öffentliche Hand und nicht durch Individuen oder Angehörige ist diskursiv mit der Angst vor unzureichender professioneller und formeller Versorgung am Lebensende verknüpft. Fehlt die ausreichende öffentliche Finanzierung, erscheinen zu geringe private finanzielle Mittel als Risiko für ein ‚schlechtes‘ Sterben. Der restriktive Sub-Diskurs geht in dieser Hinsicht argumentativ sogar noch weiter und spricht von Druck auf Betroffene, auch durch Angehörige, aus finanziellen Gründen aus dem Leben zu scheiden, etwa durch Verweigerung von Behandlungen oder Suizid (siehe 5.1.2). Das Sterben und insbesondere das gute Sterben würden so für die betroffene Person und deren Angehörigen zu einer Frage des Geldes, welche, wie gezeigt wurde, negativ assoziiert ist. Oder es wird zu einer „Frage des Glücks“ (Wiener Zeitung 2014), am richtigen Ort zu leben und dort Betreuungsstrukturen vorzufinden. Palliativ- und Hospizversorgung gehören eben deshalb durch externe Quellen, in jedem Fall und überall in Österreich finanziell gestützt und bereitgestellt. Diese Art der Versorgung sollte zu einem Anrecht werden, so das Narrativ.

Zweitens ist die Verbesserung der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern sowie in Pflegeberufen ein zentraler Aspekt des vorherrschenden Defizits. Eng verknüpft mit der Vorstellung von der Tabuisierung des Sterbens in der Gesellschaft als Ganzes, wie auch in Medizin und Pflege im Besonderen, wird ein Wandel im Bewusstsein sowie den Fähigkeiten von damit verbundenen Berufsgruppen gefordert. Diese müssen auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten – entlang der Kriterien von Palliativkonzepten – eingehen können. Diese Fähigkeit wird zwar in einzelnen Äußerungen als individuell-charakterliche Begabung angesehen, insgesamt jedoch als etwas, das erlernbar ist. Die vergangenen Ausbildungsinhalte und -bedingungen werden für die Herausbildung dieser Fähigkeiten jedoch als nicht zuträglich angesehen. Zwar wird diesbezüglich bereits ein Umdenken und die Restrukturierung von Lehrplänen als posi-

tive erste Schritte identifiziert, nichtsdestotrotz wird für die nähere Zukunft noch keine umfassende Änderung erwartet, da erst mit der Zeit diese Fähigkeiten von der Mehrzahl der professionell Betreuenden und der Ärztinnen und Ärzten erworben werden wird:

„Es brauche eine ‚höhere ärztliche Kompetenz in palliativer Symptomlinderung und Sterben zulassen“, sagt Retschitzegger.“ (In: Wiener Zeitung 2014)

„Wir brauchen eine Anpassung der Ausbildung aller Berufsgruppen im Gesundheitsbereich und eine Anpassung der Anforderungen an die Praxis, mit einem noch stärkeren Fokus auf das Thema Palliativversorgung.“ (Gerald Loacker, In: Österreichisches Parlament 2014c, 45)

Drittens wird die umfassendere Informierung von Betroffenen und Angehörigen über verschiedene Möglichkeiten der Versorgung und Unterstützung am Lebensende als Notwendigkeit gesehen. In einigen Erzählungen werden vorhandene Unterstützungsangebote nicht oder erst zu spät wahrgenommen, weil das Wissen um diese bei den beteiligten Personen nicht vorhanden ist. Dies hängt einerseits mit der wahrgenommenen Tabuisierung des Themas zusammen und andererseits auch damit, dass häufig erst im Ernstfall über diese praktischen Seiten nachgedacht wird. Zentral wird hier die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsorganisationen gesehen, etwa, indem betroffene Personen auf verschiedene Arten von Unterstützungsangeboten aufmerksam gemacht und dorthin überwiesen werden (etwa durch Hausärztinnen und -ärzte).

Palliativ- und Hospizversorgung werden als Ressourcen am Lebensende selten getrennt besprochen, wobei das Konzept der Palliativversorgung häufiger im Diskurs auftaucht als das Hospiz. Ein Grund dafür könnte die dominante Idee des schmerzhaften Sterbens und der Unerwünschtheit von Schmerzen für ein gutes Sterben sein: Palliativversorgung wird diskursiv insbesondere mit Schmerztherapie in Verbindung gebracht. Palliativversorgung wird als Versorgungskonzept beschrieben, in dem die bestmögliche Schmerztherapie für Personen am Lebensende möglich erscheint. Inwieweit die Schmerzlinderung tatsächlich in allen Krankheitsfällen ausreichend ist, darüber gehen je nach Sub-Diskurs die Meinungen auseinander. Die umfassende professionelle Betreuung, die neben den körperlichen auch die sozialen, psychischen und emotionalen Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigt, erscheint zwar auch als wichtiger Aspekt des Palliativversorgungskonzeptes, jedoch wird es in einem geringeren Ausmaß besprochen als der Aspekt der Schmerztherapie.

Das durch angemessene Palliativ- und Hospizversorgung betreute Sterben wird vor allem auch in den Referaten und Diskussionen in den Sitzungen der Enquete-Kommission zu einem Problem hinsichtlich Finanzierung, Ausbildung, Kompetenz-

verteilung und Öffentlichkeitsarbeit. Dieser Fokus ist insofern nicht überraschend, als dass die dort auftretenden Referentinnen und Referenten sowie Politikerinnen und Politiker eben in diesen Bereichen Expertise aufweisen und dort auch durch politische Maßnahmen – im Vergleich zu anderen Bereichen einfach – Veränderungen hervorrufen können. Gleichzeitig sind viele von ihnen Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen, die Palliativ- und Hospizversorgung anbieten und die Ausweitung ebendieser zum Ziel haben.

Entgegen der im Diskurs negativ assoziierten Ökonomisierung des Sozialen im Allgemeinen und des Lebensendes im Speziellen wird der Ausbau von Palliativversorgung immer wieder auch ökonomisch begründet. Dies wird als explizites Argument für den weiteren Ausbau in den Empfehlungen der Enquete-Kommission angeführt:

„Hospiz- und Palliativversorgung ist nicht nur eine der humansten Formen der Medizin, sondern auch eine kostengünstige und kostendämpfende, mit Einsparungen durch Systemverlagerungen und Reduzierung von Folgekosten. Zahlreiche Studien dazu belegen dies.“ (Österreichisches Parlament 2015a, 7)

Dieses Argument untermauert die Umverteilung vorhandener Mittel hin zu Palliativ- und Hospizversorgung, indem es einen ökonomischen Grund dafür anführt. Ausgaben für diese Versorgungskonzepte werden dadurch weniger zu zusätzlichen finanziellen Belastungen des staatlichen Gesundheitshaushaltes, sondern vielmehr zu langfristig kostensparenden Investitionen. Gerade in der Perspektive des restriktiven Sub-Diskurses, der den ökonomischen Imperativ am Lebensende als mit einer Legalisierung des assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen eng verknüpfte Negativvision hervorbringt, zeigt sich dabei ein teilweiser Widerspruch zwischen dem Aufbringen von ökonomischen Argumenten sowie der Kritik ebensolcher (siehe 5.1).

4.3.2 Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Die Fähigkeit zur Selbstbestimmung am Lebensende wurde, wie bereits gezeigt, als mitunter eingeschränkt angesehen, weshalb den Instrumenten der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht⁴⁸, die eben diesen eigenen Willen zu repräsentieren scheinen, besondere Bedeutung zugesprochen wird.

Das Defizit in Bezug auf diese Instrumente wird in deren mangelnder Verbreitung in der Bevölkerung und der unzureichenden Berücksichtigung in Situationen am Lebensende gesehen. Als Gründe dafür werden fehlendes Wissen und Bewusstsein in der Bevölkerung, finanzielle Hürden bei deren Erstellung sowie administrative und professionelle Unzulänglichkeiten gesehen. Als Antwort auf die Frage nach der derzeitigen

⁴⁸ Im Folgenden wird, wie auch im Diskurs selbst, der Fokus auf die Patientenverfügung gelegt.

Bedeutung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht antwortet so ein Intensivmediziner in einem Interview:

„In meinen vielen Jahren in der Intensivmedizin habe ich nur ein Dutzend gesehen. Das hat mehrere Gründe, etwa bürokratische Hürden und Kosten. Vielleicht wollen sich viele Menschen aber auch nicht frühzeitig mit dem Tod auseinandersetzen.“ (Andreas Valentin, In: Weiser 2014)

Die zu hohen Kosten für die Erstellung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten, die von jeder einzelnen Person selbst getragen werden müssen, sind zentraler Kritikpunkt. Es sind die Kosten für das notwendige ärztliche Aufklärungsgespräch und für einen Rechtsbeistand zu tragen. Auch die Eintragung der Patientenverfügung in das Patientenverfügungsregister ist mit Kosten verbunden⁴⁹. Verbindliche Patientenverfügungen müssen darüber hinaus alle fünf Jahre erneuert werden. Die so entstehenden Kosten werden als Hürde für Personen gesehen, die zwar diese Vorkehrungen treffen möchten, jedoch nicht über ausreichende finanzielle Mittel verfügen. Als Lösung für dieses Problem wird die Übernahme aller Kosten durch die Sozialversicherung beziehungsweise Krankenkassen identifiziert. Selbstbestimmung am Lebensende wird aus dieser Perspektive zu einer Frage des Geldes – was, wie gezeigt wurde, negativ beurteilt wird (siehe 4.2.5).

Einige Akteurinnen und Akteure identifizieren die Nichtbeachtung von vorhandenen Patientenverfügungen als weitere Herausforderung, welche zwar aufgrund der geringen Verbreitung dieses Instruments der Selbstbestimmung noch nicht so häufig auftritt, aber nichtsdestotrotz ein Problem darstellt beziehungsweise darstellen könnte. Zwei Gründe für deren Nichtbeachtung werden ausgemacht: Zum einen, dass schlicht nicht bekannt ist ob eine Patientenverfügung existiert oder diese nicht aufgefunden werden kann. Als Lösung dafür wird ein zentrales und einheitliches Register identifiziert. Zum anderen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte eine vorliegende Patientenverfügung nicht beachten:

„Ich war [...] in einem sehr großen Haus [Anmerkung: Krankenhaus] und habe dort mit dem Ärztlichen Direktor unter anderem über Patientenverfügung gesprochen. Darauf hat dieser gesagt: Kommen Sie mir nicht damit! Bei uns werden Patientenverfügungen – Originalton – ignoriert.“ (Sigrid Pilz, In: Österreichisches Parlament 2015b, 10–11)

⁴⁹ 2018 betrug die Gebühr für eine private Online-Eintragung in der günstigsten Variante Euro 13,- (Bundesnotarkammer o. J.).

Neben der finanziellen entsteht so eine institutionelle Hürde, die für die Realisierung von Selbstbestimmung überwunden werden muss. Dies wird als Herausforderung gesehen, die strukturellen, personellen und institutionellen Wandel notwendig macht, eben auch durch immer weitere Integration von Palliative Care (siehe 4.3.1), und einen damit einhergehenden Bewusstseinswandel. Über Palliativversorgung hinaus wird die gesellschaftliche und frühzeitige Beschäftigung mit dem Sterben als essentiell gesehen. Dies ist Teil, so die Argumentation, einer neuen Kultur des Sterbens – im Privaten, in der Öffentlichkeit wie auch in Pflege und Medizin:

„Wir müssen aufklären und informieren. Über die Patientenverfügung, über all das, was derzeit schon bestimmt werden kann. [...] Man kann sein Lebensende jetzt schon selbst bestimmen, das wissen aber viele nicht.“ (Gertrude Aubauer, In: Baldinger 2014)

4.3.3 Eine neue Kultur des Sterbens – Enttabuisierung

Der Diskurs um Defizit und Ausbau hebt auch die Schaffung einer neuen Kultur des Sterbens als notwendige Voraussetzung für die Realisierung des guten Sterbens hervor. Diese neue Kultur des Sterbens beinhaltet die offene Auseinandersetzung mit dem Sterben und Tod, sowohl auf gesellschaftlicher Ebene, in der breiten Öffentlichkeit und Politik, auf institutioneller Ebene, in Organisationen, in der Pflege und Medizin, sowie auf individueller Ebene durch jeden einzelnen Menschen und in seinem eigenen sozialen Umfeld:

„Wir brauchen eine neue Sterbekultur, und wir brauchen den Diskurs darüber. Wir brauchen eine Sterbekultur, mit der die Würde am Ende des Lebens tatsächlich gesichert ist.“ (Eva Mückstein, In: Österreichisches Parlament 2014b, 48)

Diese neue Sterbekultur soll eine Offenheit gegenüber Sterben und Tod im zwischenmenschlichen und öffentlichen Austausch hervorbringen. Sie ist eng mit der negativen Beurteilung der zuvor identifizierten Tabuisierung von Sterben und Tod verknüpft (siehe 4.1.6). Die Forderung nach einer neuen Sterbekultur beinhaltet damit auch die Forderung nach Enttabuisierung dieser Themen, was schließlich auch ein Element des guten Sterbens darstellt (siehe 4.2.4). Schlussendlich geht es um die Akzeptanz von Sterben und Tod als integrale Bestandteile jeden Lebens. Nur wenn Akzeptanz für das Sterben vorhanden ist, werden die notwendigen Schritte für ein gutes Sterben getroffen, so die Argumentation. Zugleich ist die Akzeptanz die Voraussetzung für ein ruhiges, im Sinne eines emotional gefassten, Sterbens. Wie gezeigt wurde ist es gerade auch diese Ruhe, die ein gutes Sterben ausmacht.

Diese neue Sterbekultur wird nicht nur gesamtgesellschaftlich als Notwendigkeit identifiziert, sondern auch in unterschiedlichen Gruppen und Organisationszusammenhängen. Die Beschäftigung mit Sterben und Tod soll in den Alltag, in mediale Berichterstattung, in der Erziehung und in den Schulunterricht stärker integriert und befördert werden. Das Unbehagen gegenüber diesen Teilen des Lebens soll dadurch abgebaut, die Scheu vor oder sogar Stigmatisierung von Kranken und Sterbenden verringert werden. Zugleich wird die neue Kultur des Sterbens als notwendiger Teil des institutionellen Pflege- und Betreuungssettings am Lebensende identifiziert. Nur wenn Sterben und Tod als Elemente von Medizin und Pflege begriffen werden, kann auch eine Betreuung der sterbenden Personen sichergestellt werden. Nur so wird in jedem Fall die bestmögliche Therapieentscheidung, die eben auch das Ende weiterer Therapie bedeuten kann (Sterben zulassen), getroffen werden. Das gute Sterben erscheint dabei als etwas, das auch Einsicht und Fähigkeiten der professionell betreuenden Personen, seien diese Medizinerinnen und Mediziner oder Pflegekräfte, erfordert. Die Ausbildung dieser Berufsgruppen wird dabei diskursiv als zentraler Punkt identifiziert, an dem dieses Bewusstsein und die notwendigen Kompetenzen herausgebildet werden müssen.

Die Enquete-Kommission selbst wurde in Hinblick auf die neue Kultur des Sterbens als eine prinzipiell gute Initiative gesehen, um eine öffentlich-medialen und politische Diskussion anzustoßen⁵⁰. Ein immer wieder aufgebrachtes Argument ist jedoch auch, dass das Sprechen über Sterben und Tod alleine, so notwendig ein solcher Austausch ist, noch nicht mit konkreten Handlungsfolgen verbunden sein muss. Die Diskussion und das Reden über Sterben und Tod sind zwar Voraussetzungen und Teile einer neuen Sterbekultur; jedoch erst durch entsprechende Praktiken realisiert sich das gute Sterben. Dies kann auf konkreter Betreuungsebene durch entsprechende menschliche Zuwendung ebenso der Fall sein, wie auf politischer Ebene durch das zur Verfügung stellen von finanziellen Ressourcen.

4.3.4 Gutes Sterben als sozio-strukturelle gesellschaftliche Herausforderung

Dem Diskurs von Defizit und Ausbau liegt eine Idee vom guten Sterben als sozio-struktureller und gesellschaftlicher Herausforderung zugrunde. Da die sterbende Person zentral als hilfebedürftig charakterisiert wird, kann sie selbst nicht dafür Sorge tragen, dass die Bedingungen des eigenen Lebensendes ausreichend gestaltet sind. Das Individuum wird damit von der Verantwortung teilweise enthoben, sich selbst um ein gutes Lebensende zu bemühen. Denn selbst wenn sie Vorsorge getroffen haben, Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten besitzen, sind sie abhängig von sozialen

⁵⁰ Im permissiven Sub-Diskurs wird sie jedoch selbst als ein bestimmtes Tabu – das des Suizid oder der erlaubten Fremdtötung – reproduzierend identifiziert: ihr selbst wird mangelnde Offenheit vorgeworfen.

Arrangements, die diese entsprechend wahrnehmen und umsetzen. Auch Alternativen zu einem längeren Sterbeprozess werden, falls sie positiv gedeutet werden, als abhängig von sozialer Unterstützung gesehen, um zu einem guten Sterben zu führen (siehe 5.2.2).

Auch wenn Betroffene Vorsorge mittels Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht getroffen haben, können diese Instrumente mit ihrem Fokus auf Selbstbestimmung hinsichtlich medizinischer Behandlungen nicht die soziale Einbettung ersetzen, die als notwendig für das gute Sterben konstruiert wird. Das einsame Sterben, welches sowohl das alleine und nicht betreute Sterben zuhause als auch das medizinisch-pflegerisch betreute, aber auf sozialer und emotionaler Ebene nicht adäquate Sterben im Krankenhaus oder Pflegeheim beinhaltet, wird in diesem Rahmen zum unerwünschten, aber durchaus im Bereich des Möglichen liegenden schlechten Sterben.

Der Diskurs repräsentiert und reproduziert damit die in der Fachliteratur oft identifizierte zunehmende Institutionalisierung des Sterbens in der Gegenwartsgesellschaft (Brandes 2011, 76–78; Howarth 2007, 115–19). Das dem unmittelbaren Gemeinschaftsleben mehr und mehr entzogene, zugleich professionell begleitete Sterben verschiebt die Verantwortung auf eine formalisierte sozio-strukturelle Ebene. Das individuelle Zutun der sterbenden Person erscheint durch deren Konstitution am Lebensende eingeschränkt. Die familiäre und soziale Einbindung des Individuums in der Gegenwart werden diskursiv als nicht tragfähig genug, um die notwendige umfassende Betreuung informell bereitstellen zu können, identifiziert. Die Schmerztherapie als zentrale Maßnahme zur Ermöglichung eines guten Sterbens obliegt überhaupt Akteurinnen und Akteuren außerhalb der familiären Sphäre, den Ärztinnen und Ärzten. Dementsprechend ist es die Hilfe von Außerhalb, sind es vor allem die bereitgestellten medizinischen und pflegerischen Ressourcen, die gemeinsam mit der persönlichen sozialen Einbettung das gute Sterben realisieren. Das Gesundheitssystem und der Staat werden entsprechend dem wohlfahrtsstaatlichen Modell in Österreich in die Pflicht genommen, für diese Ressourcen in einem ausreichenden Umfang zu sorgen. Palliativ- und Hospizversorgung, ob Zuhause, im Pflegeheim, Krankenhaus oder spezialisierten Einrichtungen, strukturieren das Sterben auf eine eigene, verfestigte Art und Weise. Sie folgen bestimmten Kriterien in der Betreuung der Betroffenen und bieten bestimmte Unterstützungsleistungen an. Damit institutionalisieren sie das Sterben, wenngleich es auch nicht zwingend räumlich in eine „Institution“ eingebettet ist (siehe 6.1).

5 Konkurrierende Diskurse – das gleiche gute Sterben?

Der dominante Diskurs rund um das Sterben und das gute Sterben, der ein bestehendes *Defizit* identifiziert und einen *Ausbau* der Versorgung fordert, zeigt sich in der Analyse des Datenkorpus' als weitgehend geteilte Perspektive unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure. Jedoch lassen sich darüber hinaus drei Sub-Diskurse identifizieren, die eigene Deutungen, Klassifikationen und Narrationen rund um das gute Sterben reproduzieren: Den *restriktiven Sub-Diskurs*, den *permissiven Sub-Diskurs* sowie den *religiösen Sub-Diskurs*. Während der restriktive und der permissive Sub-Diskurs einander als opponierende Diskurse gegenüberstehen und sich auf den jeweils anderen beziehen, steht der religiöse Sub-Diskurs stärker isoliert, wenngleich er grundlegende Charakteristika mit dem restriktiven Sub-Diskurs teilt.

Zentrales Unterscheidungsmerkmal dieser Sub-Diskurse ist die jeweils repräsentierte Beurteilung von aktiven Eingriffen zur erwünschten Beendigung des eigenen Lebens durch Dritte, dem assistiertem Suizid und der Tötung auf Verlangen. In vielen Diskursfragmenten wird dabei nicht immer klar deutlich, inwiefern nur der assistierte Suizid und/oder auch die Tötung auf Verlangen als zu legalisierende oder zu verbietende Handlungsweisen gemeint sind. Schilderungen sind manchmal ambivalent, etwa wenn davon gesprochen wird, dass ein Mediziner oder eine Medizinerin ein Mittel *geben* soll, das zum Tod führt. Dies kann sowohl als *verabreichen* (Tötung auf Verlangen) als auch *handreichen* (assistierter Suizid) gelesen werden. Die häufig genutzte Bezeichnung *Sterbehilfe* ist diesbezüglich auch ungenau, da ohne die Unterscheidung von *aktiver* und *passiver* eine ganze Bandbreite an momentan legalen und illegalen Handlungen gemeint sein kann. Diese Unschärfe wird von manchen Sprecherinnen und Sprechern auch expliziert, jedoch ohne weitere diskursive Auswirkung (im Sinne einer größeren Trennschärfe im sprachlichen Ausdruck):

„Sterbehilfe ist ein schwieriger Begriff. Die einen meinen Zuwendung und Schmerzlinderung, damit ihnen ein einsamer und qualvoller Tod erspart bleibt. Die anderen meinen die Todesspritze oder den Schierlingsbecher.“
(Baldinger 2014)

Diese Undifferenziertheit oder Ambivalenz ist hier nicht vollends aufzulösen. Grundsätzlich erscheint jedoch die Legalisierung des assistierten Suizids innerhalb des permissiven Sub-Diskurses als das primär erwünschte politische Ziel. Die Tötung auf Verlangen wird zwar in manchen Äußerungen ebenfalls miteinbezogen, wird aber manchmal auch explizit von der Liberalisierungsforderung ausgespart. Häufig wird jedoch auf die Schweiz und die dortige Möglichkeit des assistierten Suizids als Vorbild verwiesen.

Dagegen ruft der restriktive Sub-Diskurs, um die eigene Position des Verbots stärker zu untermauern, gerade die Tötung auf Verlangen auf und weniger den assistierten Suizid. Dadurch wird die prognostizierte umfassende Fremdbestimmung der Sterbenden bei einer Liberalisierung der Gesetzgebung noch deutlicher betont. Denn während beim assistierten Suizid die letztendliche Tötungshandlung bei den Betroffenen selbst liegt (Einnahme eines tödlichen Mittels, welches zuvor bereitgestellt wurde), wird bei der Tötung auf Verlangen die Tötungshandlung von einer anderen Person vorgenommen. Diese Art der aktiven Lebensbeendigung wird diskursiv dann als unfreiwillige Tötung (Mord) umgedeutet.

5.1 Der restriktive Sub-Diskurs: „An der Hand, nicht durch die Hand“

Der restriktive Sub-Diskurs steht den vorherrschenden politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich sowie dem dominanten Diskurs zu Defizit und Aufbau nahe. Er stützt den Status quo in Abwehrhaltung zum permissiven Sub-Diskurs und dessen Forderungen.

Beiden Sub-Diskursen ist gemein, dass sie sich um die Themen assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen und im Allgemeinen der Selbstbestimmung am Lebensende herum aufbauen und dabei spezifische Gesellschaftsdeutungen, Vorstellungen von sozialen Dynamiken sowie moralisch-normative Bewertungen in Beziehung zueinander setzen. Da im restriktiven Sub-Diskurs gerade die Einschränkung und das Verbot bestimmter Handlungen im Vordergrund stehen, wurde die neutrale Bezeichnung *restriktiv* gewählt. Der restriktive Sub-Diskurs wird in den Sitzungen der Enquete-Kommission in Verbindung mit dem dominanten Diskurs stärker als der *permissive Sub-Diskurs* reproduziert. Er wird von den eingeladenen Expertinnen und Experten sowie Stakeholdern kaum in Frage gestellt oder sogar aktiv hervorgebracht. Demgegenüber betrachten eine Reihe von Stellungnahmen und Medienbeiträge diesen Diskurs kritisch, hinterfragen oder greifen ihn sogar direkt an.

Im Zentrum des restriktiven Sub-Diskurses steht die Ablehnung der staatlich geduldeten oder sogar rechtlich erlaubten aktiven und unterstützten Herbeiführung des Todes, sowohl durch die betroffene Person selbst (assistierter Suizid) oder durch eine dritte Person (etwa Medizinerinnen und Mediziner). Ein Ausspruch von Kardinal König wird innerhalb dieses Sub-Diskurses in unterschiedlichen Varianten zitiert und damit ein spezifisches Bild vom erwünschten im Gegensatz zu einem unerwünschten Sterben beschworen:

„Der Mensch soll an der Hand, nicht durch die Hand eines Menschen sterben.“ (König 2004)

Die soziale Einbettung und menschliche Nähe wird zum Gebot („soll“) stilisiert; die Hand wird zum Sinnbild von Nähe und Begleitung. Demgegenüber wird der durch einen anderen Menschen induzierte oder unterstützte Tod („durch die Hand“) die Legitimität abgesprochen. In diesem Ausspruch beziehungsweise Bild zeigt sich nicht nur komprimiert die dem restriktiven Diskurs eingeschriebene normative Beurteilung verschiedener Arten zu Sterben, sondern auch die klar dichotome Gegenüberstellung dieser zwei Alternativen. Menschliche Begleitung und Nähe auf der einen Seite, sowie die unterstützte aktive Herbeiführung des Todes auf der anderen Seite werden diskursiv zu sich ausschließenden Gegensätzen, zu einem Entweder–Oder.

5.1.1 Die Marginalität des Todeswunsches bei Palliativversorgung

Der restriktive Sub-Diskurs teilt mit dem dominanten Diskurs rund um das gute Sterben die positive Bewertung von Palliativ- und Hospizversorgung. Diese Versorgungskonzepte erscheinen als ideale Formen der institutionalisierten Sorge für Personen am Lebensende („an der Hand“). Dabei wird das Narrativ des guten Sterbens durch angemessene Palliativ- und Hospizversorgung noch weiter untermauert, indem die Folgen des Mangels an dieser Art der Versorgung beschrieben werden. Erst das Fehlen von Palliativversorgung und Hospiz, das Fehlen von Schmerztherapie und menschlicher Begleitung würde den Wunsch zu Sterben hervorbringen. Dieser Wunsch – und daran geknüpft die Forderung nach assistiertem Suizid oder Tötung auf Verlangen – erscheint als Ausdruck von Verzweiflung oder einer klinischen Depression. Dieses Argument wird mit Erfahrungsberichten wie dem folgenden untermauert:

„Ich denke da an einen Patienten, den ich die letzten Jahre im Pflegeheim begleitet habe und der mich mindestens zwanzig Mal gebeten hat, dass ich ihm aktiv beim Sterben helfe. Er ist allein, hat keine Angehörigen. Er war schwer depressiv, und vor einem Jahr haben wir uns entschlossen, ihn in eine psychiatrische Abteilung zu überweisen. Er war dort drei Monate, und als er zurückkam, war er überglücklich über die Betreuung und über die Pflege. Seither hat er nie mehr den Wunsch geäußert, zu sterben.“ (Christian Stelzer, In: Österreichisches Parlament 2015b, 43)

In dieser, wie auch in anderen ähnlichen Erzählungen, wird das an eine dritte Person gerichtete Verlangen zu Sterben durch therapeutische Maßnahmen – in diesem Fall einer psychiatrischen Behandlung, in anderen Fällen Schmerztherapie – und verstärkte menschliche Zuwendung gemindert oder gänzlich aufgelöst. Sterben zu wollen erscheint dabei als reiner Ausdruck eines therapierbaren körperlichen oder psychischen Leidens, aber nicht als für sich stehende Entscheidung über den eigenen Verlauf des Lebens. In einer anderen Variante dieses Narrativs wird das Fehlen der Option aktiver Lebensbeendigung nicht als Mangel identifiziert, da eben durch entsprechende Struk-

turen notwendige und adäquate Schmerz- und Symptomtherapie bereitgestellt werden können. Der Wunsch nach aktiver Beendigung des Lebens kommt bei entsprechender Betreuung so erst gar nicht auf; eine Liberalisierung der Gesetzeslage erscheint nicht mehr notwendig:

„Was wir auf der Palliativstation wirklich nie vermisst haben, war die Möglichkeit der Freigabe von Tötung auf Verlangen. Es geht immer um gute Schmerztherapie und um die wirksame Linderung sonstiger Krankheitssymptome“ (Harald Retschitzegger, In: Österreichisches Parlament 2014b, 27)

Diesem Narrativ liegt die Annahme zugrunde, dass therapeutische Maßnahmen (fast) immer das Leid der betroffenen Personen lindern können. Insbesondere in Bezug auf die Schmerztherapie wird die Deutung hervorgebracht, dass die moderne Medizin prinzipiell genügend Mittel zur Verfügung hat, die Schmerzen am Lebensende weit zu reduzieren, vorausgesetzt, sie ist mit den entsprechenden Ressourcen ausgestattet. Vor diesem Hintergrund wird der Wunsch zu Sterben oder die in Einzelfällen realisierte Selbsttötung zum Versagen der Palliativmedizin:

„Von 3.000 Patienten, die ich in meinem Leben sterben gesehen habe, haben nur zwei diesen Weg gewählt [Anmerkung: Suizid]. Für diese zwei war unsere Therapie der Versorgung, der Umsorgung, der Liebe nicht ausreichend, um sie am Leben zu erhalten. Ärztlich gesehen ist das ein Therapieversagen.“ (Herbert Watzke, In: Österreichisches Parlament 2015b, 83)

Dieses Therapieversagen im medizinischen Bereich wird zu einem humanitären Versagen von Politik und Gesellschaft. Dass diesen die Verantwortung zugeschrieben wird, zeigt sich in der an sie gerichteten Forderung zur Beseitigung des strukturellen Defizits in der Versorgung Sterbender (siehe 4.3). Der restriktive Sub-Diskurs reproduziert mit der Betonung der medizinischen Erreichbarkeit einer (beinahe) Schmerzfreiheit eine Sichtweise, welche er und der dominante gesellschaftliche Diskurs auf der anderen Seite kritisieren. Medizinisch-technische Machbarkeitsvorstellungen und die Übertherapie von Sterbenden werden negativ beurteilt, aber gleichzeitig findet sich gerade diese Machbarkeitsvorstellung im restriktiven Sub-Diskurs in Bezug auf Schmerz-, Symptom- und Psychotherapie wieder: Jeder Schmerz kann gelindert werden, jeder Todeswunsch verhindert oder eliminiert werden. Nur vereinzelt, in Nachsätzen oder implizit, werden Grenzen der Therapie identifiziert. Dann treten Betroffene, deren Sterbewunsch trotz korrekter Anwendung aller therapeutischen Möglichkeiten nicht verschwunden ist, in Erscheinung. Diese Einzelfälle werden dann jedoch nicht weiter thematisiert und fließen nicht in der weiteren Argumentation ein.

Der restriktive Sub-Diskurs unterstreicht mit unterschiedlichen Feststellungen zusätzlich die von ihm identifizierte Marginalität des Todeswunsches. So wird beispielsweise

die gesellschaftliche Wichtigkeit des Themas assistierter Suizid mit Verweis auf die Seltenheit des Wunsches nach dieser Art zu sterben als randständig markiert:

„Prinzipiell wird die Bedeutung des assistierten Suizids überschätzt. Vermutlich ginge es bei 80.000 Toten in Österreich pro Jahr um 200 Personen, die darüber nachdenken.“ (Andreas Valentin; In: Weiser 2014)

Damit wird der Fokus der Diskussion wieder auf das als (auch zahlenmäßig) zentral markierte Thema des Defizits und des weiteren Ausbaus der Palliativ- und Hospizversorgung zurück gelenkt. Gleichzeitig wird ein mehrfacher Dammbbruch bei einer möglichen Liberalisierung der Gesetzeslage imaginiert, der gerade zu einem starken Anwachsen der Zahlen aktiver Tötungen führen würde.

5.1.2 Ein Dammbbruch: sozialer Druck und Fremdbestimmung

Der restriktive Sub-Diskurs bringt den assistierten Suizid und die Tötung auf Verlangen nicht nur als unter bestimmten Bedingungen (Palliativversorgung) nicht nötig oder erwünscht hervor, sondern vermittelt auch das Bild des *Dammbbruchs* bei einer Legalisierung derartiger Handlungsweisen. Selbst bei staatlicher Aufsicht und Regulation würde die Kontrolle über die Vorgänge am Lebensende verloren gehen, da in der sozialen Einbettung Dynamiken entstehen würden, die fremdbestimmtes Sterben hervorbrächte. Das Bild des sozialen Drucks ist in diesem Narrativ omnipräsent:

„Wäre die Tötung erlaubt, kämen hingegen viele, auch Behinderte, unter Druck: ‚Dann müssen sie sich rechtfertigen, warum sie der Gesellschaft zur Last fallen.‘“ (Franz-Joseph Huainigg, In: Simonitsch 2014)

Grundlage dieses Arguments ist die Annahme, dass die freie Entscheidungsfindung gerade von vulnerablen Personen wie Alten, Kranken, Sterbenden oder auch gesunden Personen mit Behinderung nicht immer tatsächlich frei ist. Durch ihre Abhängigkeit von anderen, durch ihre physischen und psychischen Charakteristika ist ihr Potenzial, selbstbestimmt agieren zu können, eingeschränkt. Stattdessen ist ihre Meinungsbildung stark von äußeren Einflüssen abhängig, die prägend für ihre Entscheidungen sein können:

„Ihre Autonomie und Selbstbestimmungsfähigkeit ist oft durch Schmerzen, Einsamkeit oder die Angst vor dem Zur-Last-Fallen oder Kosten zu verursachen eingeschränkt. Depressive Patienten sind vielfach nicht entscheidungsfähig. Der sogenannte freie Wille, sterben zu wollen, ist nicht immer wirklich frei.“ (Beck 2014)

Diese Entscheidungsunfähigkeit, die als situativ bedingt und partiell gedeutet wird, wird diskursiv zu einem unumgänglichen Faktum, das jedoch an und für sich nicht

zwingend negative Auswirkungen haben muss. Die herrschenden gesellschaftlichen Normen und Zustände sind es, die für das Resultat, den guten oder schlechten Umgang mit derart vulnerablen Gruppen, sorgen. Ein weiterer wichtiger Bestandteil dieses Narrativs, das das gesetzliche Festlegen strenger Grenzen individuellen Handelns fordert, ist deshalb auch eine bestimmte Diagnose der Gegenwartsgesellschaft. Erst diese Diagnose ist es, die die eigene politische Haltung letztendlich legitimiert.

Dem restriktiven Sub-Diskurs liegt die Vorstellung einer unsolidarischen, ökonomisierten und nutzenorientierten Gesellschaft zugrunde. Diese Gesellschaftsordnung wird auch im Gesundheits- und Pflegebereich als wirksam identifiziert, womit eben auch Personen am Lebensende als nach ökonomischen und utilitaristischen Kriterien bewertet erscheinen. Die vulnerable Person wird dementsprechend bei Abwesenheit eines engen gesetzlichen Rahmens und Strafandrohung nicht nach bestem Wissen und Gewissen umsorgt, sondern ist dem freien Walten der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure ausgeliefert:

„Leider trägt unsere Gesellschaft kräftige Spuren einer Kultur in sich, die alles beschleunigt, ungeduldig ist und nach Nützlichkeit selektiert. Das beginnt am Lebensbeginn und endet am Lebensende mit dem wachsenden Gefühl bei älteren Menschen, nicht mehr da sein zu sollen oder anderen zur Last zu fallen.“ (Peter Braun, In: Österreichisches Parlament 2014c, 36)

Eine Liberalisierung der Gesetzgebung und eine Freigabe der Option des assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen würden eben diese negativ konnotierte Kultur und daraus resultierenden Praktiken stützen. Diese neuen Möglichkeiten würden nicht zu dem Ziel größerer Freiheit führen, sondern den sozialen Druck auf Menschen erhöhen, so die Argumentation. Andere, vorwiegend europäische Länder mit liberaler Gesetzgebung, die assistierten Suizid und/oder die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Voraussetzungen erlauben, werden als Evidenz für die negativen Auswirkungen einer Legalisierung dieser Praktiken herangezogen und zu „internationale[n] Fehlentwicklungen“ (Neuwirth 2014) degradiert. Es werden einerseits stetig steigende Zahlen der Tötungen auf Verlangen in Belgien und den Niederlanden angeführt. Andererseits wird von weitreichend missbräuchlicher Verwendung dieser Handlungsoptionen am Lebensende berichtet, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten als Teil des ökonomisch ausgerichteten Gesundheitssystems. Dies geht so weit, dass das Bild eines enthemmten Tötens vulnerabler Personen selbst ohne deren Zustimmung gezeichnet wird:

„In den Niederlanden ist die Hemmschwelle zu töten gesunken“, sagt Kummer. Sie verweist darauf, dass Ärzte dort Patiententötungen vornehmen, ohne dass sie darum gebeten wurden.“ (Susanne Kummer, In: Marchart 2015)

„Tatsächlich haben es aber überwiegend Ärzte oder Angehörige über die Köpfe der Betroffenen hinweg entschieden. – Das ist der springende Punkt!“
(Marianne Karner, In: Österreichisches Parlament 2014c, 46)

Der Sub-Diskurs identifiziert nicht nur Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte als Handelnde, die potentiell Druck aufbauende oder missbräuchlich handeln. Er sieht ebenso eine Gefahr von den Angehörigen und den Familien der Betroffenen ausgehen. Der implizite wie auch explizite Druck durch die eigene Familie, etwa aus Gier (nach dem Erbe) oder Überlastung (durch Pflege- und Betreuungstätigkeiten), wird als Gefahr für die freie Entscheidungsbildung angesehen und zum Argument gegen die rechtliche Ermöglichung dieser Handlungsoption. Die Spannung zwischen dem positiven Bild des sozial und familiär eingebetteten Sterbens auf der einen Seite und der Angst vor dem Missbrauch der Tötung auf Verlangen oder des assistierten Suizids durch gerade das soziale Umfeld auf der anderen Seite wird dabei nicht argumentativ aufgelöst⁵¹.

Die Tötung auf Verlangen und der assistierte Suizid erscheinen in diesem Sub-Diskurs als direkte Auswüchse eines falschen Liberalismus', der im Endeffekt wirtschaftliche Überlegungen und Nützlichkeitsabwägungen über den einzelnen Menschen stellt. Die verwendete Sprache ist dementsprechend drastisch; es wird von „Entsorgung“ von Menschen oder sogar einer „Todesmaschinerie“ (Günther Leiner, In: Österreichisches Parlament 2015b, 76) gesprochen. Zugleich werden der historische Nationalsozialismus und dessen Tötungsprogramme als warnende Beispiele für eine mögliche zukünftige Entwicklung herangezogen. Damit wird impliziert, dass die Gesellschaft auch heute noch zu umfassenden Vernichtungsprogrammen fähig ist und eine Liberalisierung ein Schritt in diese Richtung – eben ein Dammbbruch – darstellt.

Das bestehende Verbot und dessen weitere Verstärkung durch die Hebung in den Verfassungsrang werden in diesem Sub-Diskurs nicht nur zu Schutzmechanismen vulnerabler Personengruppen vor derartigen sozialen Dynamiken und Entwicklungen. Sie werden zu Zeichen einer humanen und solidarischen Gesellschaft, die gegen internationale Wandlungserscheinungen ankämpft. Dadurch wird eben erst individuelle Freiheit, verstanden als Abwesenheit gesellschaftlichen Drucks auf die einzelne Person, ermöglicht, so die Argumentation:

„Da geht es um den Schutz der Freiheit, die letzte Lebensphase, das Sterben, ohne Druck von außen zu erleben und zu gestalten.“ (Michale Chalupka, In: Österreichisches Parlament 2014b, 39)

⁵¹ Es stellt sich die Frage, inwiefern ein geborgenes Sterben inmitten von Menschen möglich sein soll, welche nur durch Strafandrohung von der unfreiwilligen Beendigung des Lebens der betroffenen Person abgehalten werden können.

Der angenommene Dambruch würde nicht nur direkte negative Auswirkungen auf die Betroffenen haben, sondern auch auf die anderen, erwünschten Handlungsoptionen und institutionellen Rahmenbedingungen am Lebensende. Der restriktive Sub-Diskurs konstruiert ein Entweder–Oder zwischen Palliativversorgung und Liberalisierung; der politische Wille und die finanziellen Ressourcen würden dem weiteren Ausbau und der Überwindung des bestehenden Defizits nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen, sobald assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen erlaubt wären. Dies könnte zu einer umfassende Schwächung der Palliativversorgung führen:

„Denn würde Tötung auf Verlangen erlaubt, wäre das das Ende aller Hospiz- und Palliativbemühungen.“ (Gertrude Aubauer, In: Baldinger 2014)

Der Sub-Diskurs identifiziert die aktiv herbeigeführte Tötung als kostengünstigere Abkürzung des Sterbeprozesses. Wenn diese erlaubt wäre, so das Narrativ, würden damit die politische und finanzielle Unterstützung von Hospiz- und Palliativversorgung verschwinden. Denn: die Tötung auf Verlangen oder der assistierte Suizid würden als günstigere Alternativen propagiert und eingesetzt werden. Damit reproduziert diese Argumentation die Idee der kühl kalkulierenden Gesellschaft, in denen die für die Gemeinschaft kostengünstigste Lösung angestrebt wird, auch wenn diese gegen die tatsächlichen Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen spricht.

5.1.3 Das Verbot als moralische Frage: der Wert des Lebens

Ein Erzählstrang des restriktiven Sub-Diskurses verbindet die ablehnende Haltung gegenüber dem assistierten Suizid und der Tötung auf Verlangen mit der grundlegenden Frage der moralisch-normativen Bewertung von Leben. Die in anderen Ländern bestehende und in der Diskussion von Proponentinnen und Proponenten geforderte Legalisierung des assistierten Suizids oder sogar der Tötung auf Verlangen wird unter dieser Prämisse auch der Nicht-Wahl dieser Handlungsoptionen zur Abwertung unerwünschten Lebens. Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid werden als grundsätzlich moralisch fragwürdige Praktiken gerahmt, indem auf die nationalsozialistischen Vernichtungsprogramme implizit oder explizit verwiesen wird:

„Darüber hinaus ist in den ganzen Diskussionen rund um das Lebensende immer wieder ein Innehalten und die mahnende Erinnerung an das dunkelste Kapitel in der Geschichte Österreichs angebracht.“ (Marianne Karner, In: Österreichisches Parlament 2014c, 40)

Im Zuge dieser Rahmungen wird zwar keine vollständige Ineinssetzung von assistiertem Suizid oder der Tötung auf Verlangen mit nationalsozialistischen Vernichtungsprogrammen vorgenommen. Jedoch wird mit dem oben beschriebenen Dambruch ein Rückfall in damit zusammenhängende Handlungsmuster beschworen. Das Argument

stützt damit die negative Sicht auf die Gesellschaft und die darin handelnden Menschen. Von diesen geht immer eine Bedrohung aus, auch wenn diese zivilisatorisch überwunden scheint oder gerade nicht explizit zutage tritt. Dieses Narrativ identifiziert im Speziellen Menschen mit Behinderung als bedrohte und gefährdete Gruppe. Diese erscheinen dabei nicht als Sterbende, aber dennoch vom Tod durch die unsolidarische und abwertende Gesellschaft bedroht. Gerade auch weil Personen mit Behinderung mitunter auf die Hilfe von anderen angewiesen sind, wird ein besonderer Bedarf an Schutz zugesprochen. Sie benötigen ebenso Unterstützung wie die Sterbende, die, wie oben gezeigt wurde, im dominanten Diskurs ebenfalls auf die Hilfe anderer angewiesen sind.

Das Verbot von aktiv lebensbeendenden Handlungen wird vor dem Hintergrund verwerflicher historischer Erfahrungen sowie eben dieses Schutz- und Unterstützungsbedürfnisses als Gradmesser für die moralische Integrität der Gesellschaft:

„Gerade an den Rändern entscheidet sich, wie human eine Gesellschaft ist. Und es steht viel auf dem Spiel. Allein dass die Gefahr nicht gänzlich auszuschließen ist, dass Alte, Kranke, Gebrechliche sich (von Angehörigen, Ärzten, Pflegern) unter ökonomischen und psychischen Druck gesetzt fühlen könnten, ihr Sterben beschleunigen zu lassen, lässt es dringend angeraten erscheinen, die Schranken geschlossen zu lassen.“ (Neuwirth 2014)

Der Schutz von vulnerablen Gruppen vor unfreiwilligem Sterben, entschieden über ihre Köpfe hinweg oder hervorgerufen durch sozialen Druck, scheint nur durch das Verbot aufrecht zu erhalten. Das Verbot selbst wird damit zu einem notwendigen Element der Moralität. Es ist nicht nur instrumentell (Schutz einer bestimmten Gruppe), sondern hat einen Wert an sich.

5.2 Der permissive Sub-Diskurs: der Tod als Ausweg

Dem restriktiven Sub-Diskurs und dem derzeitigen rechtlichen Rahmen gegenüber gestellt lässt sich ein *permissiver Sub-Diskurs* identifizieren, der diese beiden anfechtet. Der permissive Sub-Diskurs bringt eine eigene Deutung gesellschaftlicher Wirklichkeit und eine narrative Struktur rund um die Auswirkungen des Verbots von assistiertem Suizid oder der Tötung auf Verlangen hervor. Dabei werden jedoch auch die oben dargestellten grundlegenden Charakteristika des Sterbens und des guten Sterbens in Österreich entlang des dominanten gesellschaftlichen Diskurses reproduziert. Der permissive Sub-Diskurs dreht sich ebenfalls um länger andauernde Sterbeprozesse, in denen der nahe Tod antizipiert wird. Die Sterbenden sind auch hier vorwiegend Kranke und Alte, die Hilfe und Unterstützung benötigen (siehe 4.1). Außerdem zeigt sich das gute Sterben

ebenfalls als sozial eingebettet, ruhig und schmerzlos, möglichst selbstbestimmt und nicht tabuisiert (siehe 4.2).

Der permissive Sub-Diskurs tritt insbesondere in den abgegebenen Stellungnahmen und dem medialen Diskurs hervor; von allen Stellungnahmen können rund 30% diesem Sub-Diskurs zugeordnet werden (siehe S. 17, Tabelle 2). Demgegenüber ist dieser Sub-Diskurs in den Sitzungen der Enquete-Kommission fast gar nicht präsent. Dieser Umstand wird auch in unterschiedlichen Äußerungen explizit angesprochen (hier von einem Vertreter des permissiven Sub-Diskurses):

„Man hat sich wieder einmal an die gute österreichische Tradition gehalten und im Parlament das Problem der Sterbehilfe, wenn auch etwas unelegant umschifft.“ (Kampits 2015)

Der Enquete-Kommission wird Voreingenommenheit attestiert, die eine notwendige umfassende öffentliche Debatte behindert oder sogar unterdrückt. Auch, weil das Thema der Liberalisierung nicht besprochen wird, sondern nur die Verschärfung oder Beibehaltung des aktuellen Verbots auf der offiziellen Tagesordnung der Enquete-Kommission steht. Die Stellungnahmen, die sich explizit mit einer Liberalisierung befassten beziehungsweise diese fordern, werden in den Sitzungen kaum thematisch eingebracht oder in den Diskussionen umfassend berücksichtigt. Der permissive Sub-Diskurs präsentiert sich dementsprechend als Gegen-Diskurs, der implizit oder explizit die durch politische oder andere diskursmächtige Akteurinnen und Akteure geschaffene Themen- und Normsetzung in Frage stellt.

5.2.1 Die Grenzen der Palliativ- und Hospizversorgung

Der permissive Sub-Diskurs teilt zwar die positive Beurteilung der Palliativversorgung als Möglichkeit der Linderung von Schmerzen und Leid sowie höherer Lebensqualität. Er konstruiert jedoch, anders als der restriktive Sub-Diskurs, kein Entweder–Oder, keinen ausschließenden Widerspruch zwischen Palliativversorgung und aktiver Lebensbeendigung. Die Tötung auf Verlangen oder der assistierter Suizid werden als zwei weitere Handlungsmöglichkeiten konstruiert, die andere Entscheidungen nicht ausschließen können oder sollen. Palliativ- und Hospizversorgung werden auch bei der geforderten Legalisierung von assistiertem Suizid oder der Tötung auf Verlangen als erstrebenswert angesehen und ihr Ausbau gefordert:

„Palliativmedizin und Hospizwesen sind hervorragende Wege, die nun endlich auch in Österreich verstärkt eingeschlagen werden – aber sie sind keine Alternative zu einem selbstbestimmten Sterben.“ (Kampits 2014)

Anders als im restriktive Sub-Diskurs herrscht die Annahme vor, dass auch Palliativversorgung und insbesondere Schmerz- und Symptomtherapien in manchen Fällen an

Grenzen stoßen: „es kann trotzdem zu Situationen kommen, wo das nicht reicht“ (Sigrid Pilz, In: Weiser 2015). Dann, so das Argument, kommt es zu Zuständen, die für die betroffenen Personen wie auch deren Angehörigen aufgrund von körperlichem wie auch psychischem Leid unerträglich werden. Neben der angenommenen Unmöglichkeit der Behandlung aller physischen Schmerzen wird der Verlust eigener körperlicher und geistiger Fähigkeiten oder der eigenen Identität in Folge einer Erkrankung als Leiden angesehen, die den Wunsch zu Sterben legitimieren können. Der freiwillig gewählte Tod wird in diesem Sub-Diskurs zum nicht-pharmazeutisches, nicht-medizinisches Mittel der Schmerz- und Leidlinderung, als ein Ausweg in aussichtslosen Fällen, an denen die Medizin nicht mehr ausreichend ist.

Der permissive Sub-Diskurs geht damit in der Kritik an der Medikalisierung des Sterbens einen Schritt weiter als der durch ihn geteilte dominante Diskurs zu Defizit und Ausbau der Palliativversorgung. In letzterem werden Palliativversorgung und Hospiz diskursiv als Ansätze hervorgebracht, die gegen die leidvolle künstliche Lebensverlängerung und negativ beurteilte Medikalisierung des Sterbens gerichtet sind. Im restriktiven Sub-Diskurs werden die medizinisch-pharmazeutische Schmerztherapie und professionelle Betreuung der Sterbenden dann sogar als letztendlich vollumfänglich wirksam gesehen, den Wunsch zu Sterben zu eliminieren. Gerade dieses Wirksamkeitsversprechen der Palliativmedizin – die ja als Teil von Medizin und Pharmazie gesehen werden kann – wird in dem permissiven Sub-Diskurs in Zweifel gezogen und negiert. Auch die Palliativmedizin kann im Angesicht des Sterbens nicht mehr alles leisten. Die aktive Lebensbeendigung, ob als assistiertem Suizid oder als Tötung auf Verlangen, wird vor dieser medizinischen (beinahe⁵²) Ohnmacht zu einem Gnadenakt.

Diese Gnade erscheint dem Menschen jedoch aus ideologischen Gründen verwehrt zu bleiben. Während das nicht therapierbare Leiden von Tieren durch Einschläfern beendet wird, ist dem Menschen eine solche Beendigung vorenthalten. Dieses Bild vom Einschläfern leidender Tiere wird sowohl vom permissiven Sub-Diskurs verwendet, wie auch vom restriktiven Sub-Diskurs. Der damit assoziierten „Gnade“ des permissiven Sub-Diskurses steht diesbezüglich die Höherbewertung des menschlichen Lebens im restriktiven Sub-Diskurs gegenüber. Letzterer markiert das Verbot lebensbeendender Handlungen gerade deshalb als positiv, weil dadurch Menschen nicht wie Tiere sterben müssen.

⁵² Letzten Endes vertraut auch dieser Diskurs auf die Fähigkeit der Medizin, einen guten Tod durch Gabe von bestimmten Substanzen herbeizuführen.

5.2.2 Einsamkeit der Sterbenden – Kriminalisierung von Helfenden

Der permissive Sub-Diskurs reproduziert das Bild vom guten Sterben als sozial eingebettetes und unterstütztes Sterben. Demgegenüber wird das Allein- oder Einsam-Sterben negativ konnotiert. Das Verbot der Tötung auf Verlangen oder das des assistierten Suizids werden vor diesem Hintergrund als Hindernisse für ein gutes Sterben konstruiert, da es Handlungen verbietet und die ausführenden Akteurinnen und Akteure kriminalisiert, die eben dieses Ideal des sozial eingebetteten Sterbens in einer konkreten Situation verwirklichen wollen. Da das Verbot der Beihilfe zum Suizid auch Handlungen im Ausland unter Strafe stellt, werden Angehörige, die Sterbende etwa in die Schweiz und beim assistierten Suizid begleiten, kriminalisiert. Die Folge sind allein gelassene Personen, die einsam im Ausland sterben:

„Wer dabei auf der Strecke bleibt, ist der Betroffene, der Sterbende, dem nicht allein der letzte Rest an Autonomie genommen wird, sondern der mit seinen Ängsten, seinem Schmerz und seinem Leid letztlich alleingelassen wird und der den sogenannten Sterbetourismus in die Schweiz auch einsam antreten muss, um den ihn Umsorgenden nicht dem Strafrecht auszuliefern. Hier sehe ich einen nahezu barbarischen Rückfall bezüglich der Forderung des Sterbens in Würde.“ (Kampits 2015)

Der in Österreich vollzogene, nicht unterstützte Suizid wird in diesem Diskurs als ein weiteres Phänomen identifiziert, welches durch dessen gesellschaftliche Negativbewertung und die gegenwärtige Rechtslage mit hervorgerufen wird. Da es keine legale Möglichkeit der unterstützten aktiven Beendigung des eigenen Lebens gibt, sehen leidende Menschen keinen anderen Ausweg mehr, als sich selbst zu töten, so das Narrativ. Diese Art des Suizids wird als einsame, verzweifelte und brutale Tat konstruiert – etwa als aus dem Fenster springen oder Erhängen. Nicht nur, dass sie ohne dem Beisein anderer Menschen umgesetzt wird – ein Aspekt des schlechten Sterbens –, sie lässt den Angehörigen auch keine Möglichkeit des Abschiednehmens und womöglich Fragen in Bezug auf die Beweggründe offen. Darüber hinaus werden misslungene Suizide mit entsprechenden negativen körperlichen Folgen als weitere Beispiele der schädlichen Auswirkungen der geltenden Rechtslage genannt. Diesen negativen Auswirkungen des Verbots wird eine positive Vorstellung davon gegenübergestellt, wie bei einer Legalisierung des assistierten Suizids oder der Tötung auf Verlangen das Sterben aussehen würde. Die betroffenen Personen, die sich für die aktive Beendigung ihres Lebens entschieden, könnten professionell betreut und beraten, schmerztherapeutisch versorgt, ruhig im Kreis ihrer Familie und Angehörigen einschlafen. Die Unterstützung in der Herbeiführung des Todes wird zum Akt der Barmherzigkeit, der Empathie und der Liebe, die leidenden und schwerkranken Personen zuteilwird. Mit der Legalisierung von Praktiken würde, so der permissive Sub-Diskurs, ein gutes Sterben auch in den

Fällen ermöglicht, in denen Palliativ- und Hospizversorgung (und insbesondere Schmerztherapie) ein gutes Sterben dies nicht schaffen.

Über diese bessere Realisierung von Suizid hinaus wird noch ein weiterer Vorteil mit der Legalisierung und Ermöglichung von assistiertem Suizid in Österreich diskursiv verknüpft. Die Legalisierung müsste, so die Argumentation, immer mit entsprechender Regulierung und Maßnahmen einhergehen, die auch die Verpflichtung und Bereitstellung zu fachlicher Beratung und Betreuung beinhalten. Diese Beratungsstrukturen würden dabei den Betroffenen helfen, Alternativen zu sehen oder passende Unterstützung zu bekommen, wodurch der Wunsch nach Lebensbeendigung in den Hintergrund tritt oder verschwindet. Die Möglichkeit assistierten Suizids wird dadurch argumentativ zu einem Mittel der Suizidprävention. Erst durch die Legalisierung und damit verbundenen Debatten würde das Thema Suizid weiter enttabuisiert werden, was zu einer größeren Offenheit führen würde, darüber und über Beweggründe (etwa Depressionen) zu sprechen.

Eine andere Art der Angst vor Kriminalisierung würde, so die Argumentation, auch Medizinerinnen und Mediziner treffen, die den Betroffenen Schmerztherapie bieten. Gerade bei einer Verschärfung des Verbots – wie es in der Enquete-Kommission diskutiert wurde – würde die Unsicherheit von Palliativmedizinerinnen und -medizinern weiter ansteigen, wie weit die Verabreichung von Schmerzmitteln gehen kann, ohne rechtliche Grenzen zu überschreiten. Dieses Narrativ wird auch in Diskursfragmenten reproduziert, die nicht dem permissiven Sub-Diskurs zuzuordnen sind, sondern das Beibehalten der bestehenden Rechtslage fordern.

5.2.3 Selbstbestimmung als gesellschaftlicher Wert – das Verbot als Widerspruch

Der Wert und die Realisierung von Selbstbestimmung sind zentrale Aspekte im permissiven Sub-Diskurs. Selbstbestimmung wird dabei als die Möglichkeit gesehen, eine freie Entscheidung über das eigene Leben (und Sterben) zu treffen. Die Argumentation des permissiven Sub-Diskurses fußt einerseits auf einer bestimmten Deutung und normativen Bewertung von Selbstbestimmung und andererseits auf einer spezifischen Interpretation des bestehenden rechtlich-normativen Kontextes.

Der permissive Sub-Diskurs bringt Selbstbestimmung als etwas prinzipiell Mögliches hervor: Menschen wird die Fähigkeit zugesprochen, sich eine eigene Meinung zu formen und diese kund zu tun, ohne dabei ausschließlich den Willen anderer Personen zu reproduzieren (Fremdbestimmung). Die tatsächliche Realisierbarkeit von Selbstbestimmung erscheint dabei aber nicht als gänzlich voraussetzungslos, sondern immer auch von äußeren Einflüssen mitbestimmt. Psychische (Angst, Depression etc.) und

physische Faktoren (insbesondere Schmerzen) werden als Barrieren für die umfassende Freiheit der eigenen Willensbildung und einer selbstbestimmten Entscheidung gesehen. Anders als im restriktiven Sub-Diskurs werden diese Barrieren jedoch als vermindert angesehen, etwa durch professionelle Unterstützung und Information durch Ärzte und Ärztinnen, durch umfassende Symptom- und Schmerztherapie etc. Als eine weitere Voraussetzung wird die grundsätzliche Urteilsfähigkeit identifiziert, die nur erwachsenen Personen, nicht jedoch Kindern zugesprochen wird.

Während der restriktive Sub-Diskurs den Sterbewunsch immer als Ausdruck einer zugrunde liegenden körperlichen und psychischen Pathologie sieht, spielt im permissiven Sub-Diskurs jedoch auch eine bewusste Entscheidungsfindung und Abwägung verschiedener Optionen eine Rolle:

„Die wissenschaftliche Literatur ist eindeutig. Nicht jeder Suizidgedanke entspringt einer Depression. Er kann auch auf rationalen Überlegungen fußen.“
(Andreas Valentin, In: Weiser 2014)

Dieses Konzept der Realisierbarkeit von Selbstbestimmung geht im permissiven Sub-Diskurs Hand in Hand mit einer positiven Bewertung der Freiheit des Individuums. Selbstbestimmung, das heißt die Möglichkeit, selbst Entscheidungen hinsichtlich des eigenen Lebens und Sterbens zu treffen, wird als zentrales Gut gegenwärtiger Gesellschaften aufgefasst:

„in dubio pro libertate. Denn eine Liberalisierung der derzeitigen legislativen Situation zwingt niemanden, sie fordert vielmehr unsere Freiheit und Mündigkeit heraus.“ (Kampits 2015)

Die Möglichkeit zur selbstbestimmten Entscheidung über die unterstützte Beendigung des eigenen Lebens wird als mit der gesellschaftlichen Wertordnung in Einklang stehend konstruiert. Der bisherige gesellschaftliche Wandel, der unter anderem die Loslösung von religiösen Dogmen und kirchlichem Einfluss (Säkularisierung), die Aufklärung und das Erringen von bürgerlichen Freiheiten beinhaltet, wird narrativ nachgezeichnet und zu Vorläufer und Vorahnung weiterer gesellschaftlicher Liberalisierung, die letztendlich auch die Entscheidungsmöglichkeiten am Lebensende betreffen würde. Dem weiteren gesellschaftlichen Fortschritt stünden, so die Argumentation, konservative Kräfte entgegen. Als derartige Kräfte werden vorrangig die katholische Kirche und die Österreichische Volkspartei gesehen. Diese üben zwar als Institutionen immer noch Macht aus, jedoch wird ihre normative Position selbst unter ihren Anhängerinnen und Anhängern nicht mehr vollumfassend geteilt, so die Argumentation des permissiven Sub-Diskurses.

„Das Leben und religiöse Überzeugungen passen nicht immer zusammen. Während sich die Akzeptanz der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe im katholisch geprägten Österreich in den vergangenen Jahren deutlich erhöht hat, ist die römisch-katholische Kirche von einer Debatte weit entfernt.“ (Jungnikl 2014)

Die Gegnerschaft zur Liberalisierung erscheint als aus der Zeit gefallen, als anachronistisch und nicht mit der gegenwärtigen Lebensrealität zu vereinbaren. Der durch den restriktiven Sub-Diskurs festgestellte Schutz von vulnerablen Personengruppen (Alte, Kranke, Menschen mit Behinderung etc.) wird im permissiven Sub-Diskurs als vorge-schobene Behauptung gedeutet, die eine Fremdbestimmung in ihrer Entscheidungsfindung ansonsten freien Personen überdeckt. Das positive Recht auf Leben wird, negativ gewendet, zu einer aufoktroyierten Pflicht zu Leben. Damit einhergehen Leid und eine Entmündigung freier Individuen:

„Eine Bevormundung – der Mensch darf nur Mensch sein, wenn er auch leidet und das in aller Unwürde – hat in einer aufgeklärten Gesellschaft nichts mehr verloren. (Hannes Jarolim, In: Neues Volksblatt 2014)

Darüber hinaus wird die Legalität aktiver Lebensbeendigung unter Verweis auf Umfragestudien auch als gesellschaftlich mehrheitlich gewollt identifiziert. Sie wird damit zu einem demokratiepolitischen Thema erhoben:

„82 Prozent geben in einer Umfrage des Institutes Isopublic an, selbst darüber bestimmen zu wollen, wann sie gehen. Immerhin 73 Prozent würden im Falle einer unheilbaren Krankheit ihre Selbsttötung zumindest in Erwägung ziehen.“ (Winter 2014)

Das Verbot des assistierten Suizids wird nicht nur in Widerspruch zur gesellschaftlichen Realität, zu sozialen und individuellen Wünschen, sondern auch zu einer Reihe von grundrechtlichen Normen gesehen. Beihilfe zum Suizid wird als Unterstützung eines Aktes der Selbstbestimmung interpretiert, wobei das Recht auf diese Selbstbestimmung aus der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK, Art. 8) abgeleitet wird. Ein Verbot der Beihilfe zum Suizid wird dementsprechend als in Widerspruch zu den Menschenrechten interpretiert. Außerdem wird der Straffreiheit des Suizids (nach §78 StGB) die Illegalität und Bestrafung der Beihilfe zum Suizid gegenüber gestellt. Es wird argumentiert, dass die Unterstützung einer an sich legalen Praktik nicht illegal sein kann beziehungsweise die Rechtslage hier in sich widersprüchlich ist.

5.2.4 Die Liberalisierung als zeitgemäßer Akt der Nächstenliebe

All diese Argumentationsstränge zusammen genommen wird die Abschaffung des Verbots des assistierten Suizids oder sogar der Tötung auf Verlangen zu einem zeitgemä-

ßen Zeichen des Fortschritts, der Aufklärung und des Aufbrechens angestammter Macht- und Herrschaftsstrukturen. Der Diskurs generiert ein Bild konservativer Gruppen, die das emotionale und körperliche Leid der Betroffenen und die Ohnmacht der Angehörigen in Kauf nehmen, um ihre aus der Zeit gefallenen Werte zu reproduzieren (und damit ihre eigene Macht zu erhalten). Demgegenüber wird die Idee des Nebeneinanders verschiedener Wege zu leben und zu sterben reproduziert, die Palliativversorgung, psychosoziale Betreuung von Personen mit Sterbewunsch und in letzter Instanz die Erfüllung eines solchen Wunsches einschließt. Die aktive Unterstützung des Sterbens wird zu einem sozialen und menschlichen „Akt der Liebe und Empathie“ (Kampits 2015), wohingegen der Staat als abstrakte Institution dem Menschen mit einem Verbot unpersönlich und hart gegenübertritt.

Ein potentieller Missbrauch neuer Rechte nach einer Liberalisierung wird im permissiven Sub-Diskurs, anders als im restriktiven Sub-Diskurs, weniger thematisiert. Der unmittelbare soziale Kontext erscheint hier stärker von wohlwollenden und unterstützenden Subjekten gebildet zu werden – nur in politisch-konservativen Sphären treten Akteurinnen und Akteure in Erscheinung, die die Sterbenden nicht unterstützen möchten. Die Idee des notwendigen Schutzes des Einzelnen vor den Interessen der Anderen (Angehörigen, Medizinerinnen und Mediziner, etc.) findet sich dennoch, jedoch nicht als Forderung nach einem absoluten Verbot, sondern nach ausreichenden Sicherheitsmechanismen und klarer Regulierung. Diese sollen gerade die freie Entscheidungsmöglichkeit erhalten und unfreiwilliges Sterben verhindern.

5.3 Der religiöse Sub-Diskurs: „Gott schenkt Leben“

Als ein weiterer spezifischer Sub-Diskurs, der sich nicht vollständig mit dem restriktiven deckt und dem permissiven Sub-Diskurs diametral gegenübersteht, ist der *religiöse Sub-Diskurs*. Dieser baut auf der zentralen Prämisse der Existenz eines Gottes als schöpferisches, lebensbestimmendes und normatives Wesen auf. Dieser Sub-Diskurs wird, anders als die anderen Diskurse, in nur wenigen der untersuchten Texte reproduziert. Er stellt tendenziell eine Randerscheinung in der Debatte dar, wenngleich bestimmte Aspekte, etwa die göttliche Begründung von bestimmten Normen und Werten, abgeschwächt auch in Texten auftauchen, die dem restriktiven Diskurs zuzuordnen sind.

Der Unterschied des religiösen Sub-Diskurses zum restriktiven Sub-Diskurs, der Selbstbestimmung auch als nur eingeschränkt realisierbar ansieht, ist jedoch die tendenziell kritische Beurteilung oder auch Negation von selbstbestimmten Handeln insgesamt. Das Leben wird als gottgegeben verstanden; das freie Verfügen über das Leben ist aus dieser Perspektive nicht erlaubt, weil es eben nicht das eigene ist, sondern Gott gehört.

Das Leben wird zu einem vorherbestimmten-schicksalhaften Phänomen. Zwar wird auch im religiösen Sub-Diskurs das Sterben „an der Hand“ als die anzustrebende Praxis des Sterbens betrachtet. Jedoch wird in der Konstruktion des schicksalhaften und gottgegebenen Lebens die Abgabe der Kontrolle „in die Hand“ Gottes stärker betont. Der Mensch an sich und damit auch die Sterbenden erscheinen weniger selbstbestimmt, als das im restriktiven Sub-diskurs der Fall ist:

„Gott schenkt Leben und nimmt es wieder, wenn der Zeitpunkt gekommen ist.“ (Müller 2014)

Stärker noch als im restriktiven Sub-Diskurs geht es bei einem Verbot der Tötung auf Verlangen oder des assistierten Suizids um eine grundsätzliche Wertfrage. Wo der restriktive Diskurs noch mögliche negative und unerwünschte Folgen einer Liberalisierung identifiziert, steht im religiösen Diskurs die Tat an sich noch stärker im Vordergrund. Sie ist ungeachtet der Umstände immer Mord und damit moralisch und prinzipiell abzulehnen und zu verhindern. Das in Christentum und anderen Religionen zentrale Tötungsverbot wird zur absoluten Norm, der selbst in Ausnahmefällen gefolgt werden muss. Suizid wird als Sünde und ebenfalls als Mord gesehen. Dementsprechend wird auch der assistierte Suizid als Mord und damit unerlaubt identifiziert.

Die notwendige Aufrechterhaltung dieser Norm wird auch mit einer bestimmten Diagnose der österreichischen Gesellschaft verknüpft, die sich in deren Negation auch im permissiven Sub-Diskurs bereits gezeigt hat: Österreich wird als eine im positiven Sinne christliche Gesellschaft identifiziert. In Einklang mit dieser Zuschreibung wird die Durchsetzung des absoluten Tötungsverbotes (sowohl der Selbst- als auch Fremdtötung) zusätzlich auch als sozio-kulturell verankert angesehen.

5.3.1 Exkurs: Abtreibung als verbotene Euthanasie

In den Diskussionen rund um die Enquete-Kommission wurde auch immer wieder ein Thema, das der ansonsten vorherrschenden Konstruktion des Sterbens als Phänomen der Alten und Kranken scheinbar diametral gegenüber steht, aufgebracht: das des Schwangerschaftsabbruchs.

Die Infragestellung der Fristenlösung – das heißt der Straffreistellung des Schwangerschaftsabbruch in einem bestimmten Rahmen (§§96–97 StGB) – wurde im Zuge der Enquete-Kommission von einzelnen Diskursteilnehmenden bereits antizipiert beziehungsweise aktiv als Gefahr für die Debatte adressiert. Und tatsächlich wurden in Einzelfällen die Abtreibung als Euthanasie oder Tötung von Ungeborenen als verschwiegenes Thema in Verbindung mit Sterbehilfe aufgebracht:

„Provokant gefragt: Warum haben wir es plötzlich ethisch so notwendig, über das Lebensende zu diskutieren, wo wir mit größter legistischer Elegance [sic!]

30.000 Abtreibungen pro Jahr legalisiert haben? Ich stehe dem wertfrei gegenüber, ich bin kein Moralist, aber bei 70.000 Lebendgeburten ist das eine extrem hohe Zahl, über die nicht diskutiert wird.“ (Günther Loewit, In: Schmidt 2014b)

Schwangerschaftsabbruch wird in diesem Diskurs als Sterben identifiziert oder in die Nähe unfreiwilliger Sterbehilfe oder Mord gerückt. In Einzelfällen wird auch das Thema Spätabbruch⁵³ als problematisch und nicht mit der Würde des Lebens von Menschen mit Behinderung angesprochen. Diesem Diskursstrang rund das Thema Schwangerschaftsabbruch kommt jedoch in der öffentlichen Debatte kaum Relevanz zu, wenngleich er von einzelnen Akteurinnen und Akteuren sowohl positiv als auch in Abwehrhaltung reproduziert wird.

⁵³ Bei einer sogenannten eugenischen Indikation, wenn das Kind etwa eine schwere Erkrankung oder Entwicklungsstörung aufweist, darf in Österreich auch über die zwölfte Schwangerschaftswoche hinaus ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden (§97 Abs. 1 Ziffer 2 StGB).

6 Zusammenfassung und Diskussion

Der untersuchte Diskurs bringt Sterben als Folge von Alter und Krankheit und als längeren Prozess hervor. Demgegenüber blendet der Diskurs schnell verlaufende und erst im Nachhinein als Sterben identifizierte Fälle aus (siehe 4.1). Es ist diese Konstruktion des Sterbens, die mit dem weiterführenden Diskurs rund um das gute Sterben verbunden ist. Das länger dauernde und damit in einem gewissen Rahmen plan- und veränderbare Sterben rückt in den Fokus verschiedener Bemühungen, ein gutes Sterben zu ermöglichen.

Denn erst die Prognose des nahen Todes beziehungsweise die Identifikation von Personen als Sterbende macht es möglich, den Sterbeprozess aktiv zu gestalten, sodass aus dem Sterben ein gutes Sterben wird. Vielgestaltige medizinische, pflegerische, soziale und emotionale Unterstützung und Einbettung werden diskursiv als notwendige Rahmenbedingungen für die Realisierung eines guten Sterbens identifiziert. Das gute Sterben selbst zeichnet sich durch soziale und professionelle Begleitung (vor allem dem Nicht-Alleine-Sein), Schmerzfreiheit und Symptomkontrolle, Selbstbestimmung, Kommunikation und Akzeptanz aus. Auffallend ist die Betonung der notwendigen Ruhe, die sich vielgestaltig zeigt und als sekundärer Zweck verschiedener Maßnahmen gesehen werden kann. Die soziale Begleitung soll die Betroffenen nicht nur pflegerisch unterstützen, sondern gleichzeitig auch beruhigen. Schmerztherapie soll den körperlichen und emotionalen Stress verringern und damit zur Ruhe der Betroffenen beitragen. Und auch die Ausübung von Selbstbestimmung, die erfolgen muss, bevor die betroffene Person in die Situation der Pflegebedürftigkeit kommt, trägt mit offener Kommunikation und Akzeptanz zum reibungslosen und schlussendlichen ruhigen Ablauf des Sterbeprozesses bei (siehe 4.2).

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass das gute Sterben diskursiv als Phänomen hervorgebracht wird, welches durch Bereitstellung entsprechender Ressourcen erreicht werden kann. Im dominanten Diskurs *Defizit und Ausbau* werden Palliativ- oder Hospizversorgung zu zentrale Faktoren des guten Sterbens. Der Diskurs schreibt insbesondere der Politik die Verantwortung zu, die notwendigen Strukturen und Ressourcen bereitzustellen. Diese grundlegende Idee der Herstellbarkeit des guten Sterbens wird unabhängig von anderen Unterschieden hinsichtlich der normativen Einordnung anderer Entscheidungen am Lebensende geteilt (siehe 4.3).

Interpretativ lassen sich in Bezug auf die Beurteilung aktiver Lebensbeendigung durch Dritte zwei zentrale divergierende diskursive Positionen, der *restriktive* und der *permiss-*

sive Sub-Diskurs identifizieren, sowie einen marginalisierten *religiösen Sub-Diskurs*, der viele Eigenschaften des restriktiven Sub-Diskurses teilt⁵⁴ (siehe Kapitel 5). Diese Sub-Diskurse begründen ihre normativen Positionen nicht nur absolut-moralisch, sondern in Verknüpfung mit spezifischen Deutungen der Gesellschaft und weiterer Sachverhalte.

Der *restriktive Sub-Diskurs* reproduziert den dominanten Diskurs zu *Defizit und Ausbau* weitgehend. Er nimmt in Bezug eine ablehnende Haltung zur aktiven Beendigung des Lebens ein, indem er die Verbote assistierten Suizids und der Tötung auf Verlangen affirmiert. Im restriktiven Diskurs muss die ideale und erforderliche Betreuung in Form von Palliativ- und Hospizversorgung bereitgestellt werden, damit gutes Sterben möglich ist und kein schlechtes Sterben stattfindet – wobei das schlechte Sterben unter anderem jegliche Form der aktiven Lebensbeendigung beinhaltet. Schmerztherapie wird zum zentralen Mittel, da ihr eine hohe Wirksamkeit zugeschrieben wird. Der Todeswunsch und das Verlangen nach vorzeitiger aktiver Lebensbeendigung werden dementsprechend zum Therapieversagen. Dieser Diskurs reproduziert damit eine Vorstellung der Medizin, eine Vorstellung, die er gleichermaßen und parallel zu Palliativ- und Hospizkonzepten zurückweist. Das Verbot von assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen werden als notwendigen gesellschaftlichen Schutzmechanismus vor Fremdbestimmung in einer unsolidarischen Gesellschaft und als prinzipielles moralisches Gebot – insbesondere vor dem historischen Hintergrund der nationalsozialistischen Verbrechen – gedeutet (siehe 5.1).

Der *permissive Sub-Diskurs* reproduziert ebenfalls den Diskurs zu Defizit und Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung. Auch für ihn besteht die Notwendigkeit, diese Versorgungskonzepte in ausreichender Weise umzusetzen. Anders als der restriktive Sub-Diskurs sieht er jedoch deren Wirksamkeit – insbesondere auch der Schmerztherapie – als eingeschränkt an: nicht in allen Fällen kann das Leid der Sterbenden ausreichend gelindert werden. Als Folge dieser Einschränkung und in Einklang mit von ihm festgestellten gesamtgesellschaftlichen Wandlungserscheinungen identifiziert dieser Sub-Diskurs die Legalisierung des assistierten Suizids oder sogar der Tötung auf Verlangen als angebracht. Auch, weil damit das einsame Sterben im Ausland (Sterbetourismus) oder das gewaltsame Sterben in Österreich (gewaltsame Suizidmethoden) verhindert werden kann (siehe 5.2).

Van Brussel & Carpentier (2012) identifizieren in der belgischen Öffentlichkeit einen Diskurs und darin auftretende Positionen, die ähnlich gelagert sind wie die in dieser Untersuchung identifizierten. Der von ihnen beschriebene „medical-revivalist“ Diskurs,

⁵⁴ Der religiöse Sub-Diskurs wird im Folgenden aufgrund seiner Randständigkeit nicht weiter thematisiert.

der sich aus der Kritik an einer kurativen medizinischen Logik und an einer daraus folgenden Übertherapie am Lebensende entwickelt, konstruiert Sterben als etwas Vertrautes, das akzeptiert, nicht gestört und offen besprochen werden muss (siehe auch Armstrong 1987; Walters 2004). Der Diskurs ist nicht nur durch die Enttabuisierung des Todes, sondern auch durch die Kontrolle und Optimierung des Sterbeprozesses durch medizinische Mittel, vor allem Schmerzmittel und Mittel zur Symptomkontrolle, gekennzeichnet (Van Brussel und Carpentier 2012, 484). Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass in Österreich trotz gesetzlicher⁵⁵ und sozialer Unterschiede⁵⁶ ein ähnlicher Diskurs vorherrscht wie in Belgien. Anders als in dem von Van Brussel und Carpentier untersuchten Diskursmaterial, in dem Einzelfälle rund um das Thema aktive Lebensbeendigung im Vordergrund stehen und damit eine stärkere Personalisierung der Sterbenden vorgenommen wird, sind jedoch im vorliegenden Diskurs die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie ein stärker abstrakt-typisiertes alltägliches Sterben im Fokus. Der Diskurs in Österreich beschäftigt sich vor allem mit dem als normal identifizierten Sterben. Tragische Einzelfälle (zum Beispiel von Suizidtourismus oder gewalttätigen Suizid) fungieren als Mahnmale für eine gesellschaftliche Dysfunktionalität, die je nach normativer Haltung unterschiedliche Reaktionen erfordert. Es ist jedoch eine allgemeinere und diffusere Tragik einer Vielzahl von Sterbeprozessen, die aufgrund struktureller Defizite schlecht und unerwünscht verlaufen.

Was in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls stärker hervortritt ist die Notwendigkeit der (auch rechtlichen) Institutionalisierung von Handlungsweisen als diskursiv geteilte, implizit und explizit erhobene Forderung über verschiedene normative Positionen hinweg.

6.1 Die Institutionalisierung als Notwendigkeit

Der restriktive Sub-Diskurs und der permissive Sub-Diskurs stehen sich vordergründig diametral und feindlich gegenüber. Das liegt zum Teil auch daran, dass sie ihre Argumentationen in einem nicht unerheblichen Ausmaß auf die Abwertung des jeweils anderen Sub-Diskurses aufbauen. Diese Abwertung geschieht durch die Identifikation oder Prognostizierung negativer Folgen der Umsetzung der jeweils anderen Position. Der Blick über diese scheinbare Unversöhnbarkeit hinaus zeigt jedoch, dass der restriktive und der permissive Sub-Diskurs gemeinsam den dominanten Diskurs zu Sterben und gutem Sterben reproduzieren. Auch wenn die verschiedenen Sub-Diskurse hin-

⁵⁵ Verbot von assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen, im Gegensatz zu Belgien, wo sogar die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Umständen erlaubt ist.

⁵⁶ Österreich weist ein etwas stärker familienbasiertes intergenerationales Pflegesystem auf als Belgien (Haber Kern und Szydlik 2008, 2010).

sichtlich der Unterstützung aktiver Lebensbeendigung unterschiedliche Positionen einnehmen, unterstreichen sie doch beide die Rolle von professionell bereitgestellter Unterstützung, die die persönliche soziale Einbettung zwar nicht ersetzen kann, sie aber in für das gute Sterben essentiellen Belangen ergänzt. Sie vermitteln dabei ebenfalls die Idee von der Notwendigkeit einer zunehmenden Institutionalisierung des Sterbens.

Institutionalisierung und *Institution* wird hier in einem breiten Sinne verstanden. Eine Institution ist nicht nur eine organisatorisch fixierte soziale Einrichtung – etwa das Krankenhaus oder das Hospiz als Organisationstypen und konkrete Orte –, wie dies in der Forschung zu Sterbeorten mitunter angenommen wird (Brandes 2011, 76–77; Gomes und Higginson 2008). Ein solch enger Institutionenbegriff stößt dort an die Grenzen, wo auch abseits von räumlich fixierten Organisationen Versorgungskonzepte – inklusive technisch-medizinischen Instrumenten, professionellen Kräften und praktischen Leitlinien – umgesetzt werden. Etwa dann, wenn ambulante medizinische, pflegerische oder andere Dienstleistungen in Privathaushalten erbracht werden (Grone-meyer und Heller 2014, 205–18). Vielmehr kann eine Institution in der wissenssoziologischen Tradition als „habitualisierte Handlungen“, die „durch Typen von Handelnden reziprok typisiert werden“ (Berger und Luckmann 2016, 58), verstanden werden. Institutionen leiten menschliches Handeln an, üben einen gewissen Grad an Kontrolle aus und haben eine „Neigung zur Dauerhaftigkeit“ (Berger und Luckmann 2016, 86), wenngleich sie auch veränderlich sind. Sie definieren Handlungsweisen und Rollen in Bezug auf bestimmte gesellschaftliche Probleme und Herausforderungen – so etwa auch in Bezug auf das Sterben. In Bezug auf das Lebensende könnten nun organisational-strukturierte, physisch manifest und gesetzlich regulierte Einrichtungen wie das Krankenhaus, Pflegeheim oder das Hospiz als stärker institutionalisiert betrachtet werden, als etwa die Pflege durch Familienmitglieder zuhause. Jedoch ist auch letztere in ihrer Praxis informelle wie auch gesetzliche strukturiert und greift auf gesellschaftlich Ressourcen (zum Beispiel Pflegegeld) zurück, die nach fixierten Regeln vergeben werden.

Der dominante Diskurs fordert, wie gezeigt wurde, den Ausbau von Palliativ- und Hospizversorgung und damit eine Form der Institutionalisierung des guten Sterbens. Sogar das Ideal des Zuhause-Sterbens erscheint in diesem Diskurs nur durch professionelle Unterstützung zu einem guten Sterben werden zu können. Darüber hinaus wird die stärkere Institutionalisierung der Entscheidungsfindung und -fixierung am Lebensende durch weitere Ausbreitung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht als ein Schritt zum guten Sterben gekennzeichnet. Selbst die vom Diskurs als notwendig postulierte neue Kultur des Sterbens stellt eine Form der Institutionalisierung dar: eine sozial geteilte Art des Umgangs mit Sterben und Tod, die sich in einer umfassenden Auseinandersetzung mit diesen Themen konkretisiert, wird zu einem allgemein anzustrebenden Ziel. Die Auseinandersetzung mit und die Reflexion über Tod und Sterben

soll nicht nur die allgemeine Öffentlichkeit und das Privatleben der Menschen, sondern auch bestehende Institutionen, etwas verschiedene Bildungs- und Ausbildungsbereiche durchdringen. Die offene Beschäftigung wird zum angestrebten Ideal, die Verweigerung einer Auseinandersetzung mit negativen Effekten auf das Individuum und soziale Zusammenhänge verknüpft.

Es ist aber nicht nur der dominante Diskurs, der die Institutionalisierung propagiert. Im Einklang mit diesem und darüber hinausgehend fordert der restriktive Sub-Diskurs ebenfalls die oben angeführten Punkte. Sein Gesellschaftsbild unterstreicht die Forderung nach Palliativ- und Hospizversorgung sogar drastischer, indem es die gesellschaftliche Verfassung davon abhängig macht: der moralisch-ethische Verfall droht, sollte das schützende Recht – als eine explizite und staatlich verstärkte Form der Institutionalisierung – durch eine Hebung in den Verfassungsrang nicht weiter verstärkt werden.

Selbst der permissive Sub-Diskurs reproduziert die Idee der notwendigen Institutionalisierung: zwar fordert er auf der einen Seite einen Abbau von Handlungsvorgaben, in diesem Fall von Gesetzen, die bestimmte Handlungen unter Strafe stellen. Auf der anderen Seite werden die dadurch gewonnen Freiheitsgrade als notwendigerweise regulierungs- und organisationsbedürftig angesehen: der assistierte Suizid und die Tötung auf Verlangen geschehen in diesem Sub-Diskurs eben nicht unkontrolliert – wie dies der restriktive Sub-Diskurs imaginiert –, sondern entlang klar vorgegebener Regeln, die den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren bestimmte Rollen zuweisen.

Die Institutionalisierung, das heißt die Fixierung bestimmter Handlungsweisen und -alternativen und deren gesellschaftliche Organisation, erscheint somit als geteilte Logik des Diskurses zum guten Sterben in Österreich. Dem Wohlfahrtsstaat und der Politik spricht der Diskurs diesbezüglich Relevanz und Verantwortung zu. Nur durch Rahmenbedingungen, die der Staat aufrechterhalten und/oder schaffen muss, kann das gute Sterben – und vor allem das ruhige Sterben – realisiert werden.

6.2 Das ruhige Sterben als Folge und Ziel der Institutionalisierung

Die Institutionalisierung verschiedener Aspekte, die mit dem Sterben zusammenhängen, kann als ein unterstützender Faktor der Ruhe am Lebensende interpretiert werden. Das gute Sterben, wie es diskursiv als erwünscht konstruiert wird, ist nicht dramatisch. Es stellt sich als akzeptierter, wohlgeplanter und umfassend eingebetteter Vorgang dar. Die sozialen, kulturellen und medizinischen Bedingungen erscheinen als entsprechend der Anforderungen formbar – mehr noch: sie müssen entsprechend geformt werden, um das gute Sterben allen Menschen zu ermöglichen. Der Ausbau von Palliativ- und Hospizversorgung, die entsprechende Ausbildung der beteiligten Personen und

die Bereitstellung finanzieller Mittel stellen nur einen Teil dieser Formung dar. Darüber hinaus gilt die diskursive Aufmerksamkeit der gesellschaftlichen Enttabuisierung des Themas, was Kommunikation und Bewusstseinsbildung über Sterben und Tod sowie eine Konfrontation mit diesen Phänomenen beinhaltet. Diese Enttabuisierung zielt auf eine bessere Planung des eigenen Lebensendes – etwa durch das Aufsetzen einer Patientenverfügung –, eine höhere Akzeptanz für Sterben und Tod sowie einer adäquateren medizinisch-therapeutischen Entscheidungsfindung ab. Letzten Endes zielen all diese Maßnahmen auf die Realisierung eines ruhigen und friedlichen Sterbeprozesses ab.

Auf den ersten Blick mag das Ziel eines ruhigen und friedlichen Sterbeprozesses selbst-evident erscheinen. Mitunter wird das ruhige Sterben sogar zum Ersatzbegriff für das gute Sterben („surrogate term“, Granda-Cameron und Houldin 2012). Jedoch stellt sich die Frage nach der Kehrseite dieser diskursiven Konstruktion: denn wo Ruhe und Frieden die dominanten Ideale oder sogar Normen für ein gutes Sterben sind, wird nicht nur das angstbehaftete, schmerzhaft und stressvolle, sondern auch das bewegte, aufgeregte und eben nicht-ruhige Sterben zu etwas, das vermieden werden sollte oder womöglich unterdrückt wird. Diese Kehrseite eines kontrollierten Sterbens, welches bestimmten Vorstellungen und Leitlinien folgt, wird häufig identifiziert. Gerade Konzepte von Palliative Care und Hospiz werden diesbezüglich kritisch diskutiert und mit Normierung, Kontrolle und Optimierung des Sterbens in Verbindung gebracht (Cottrell und Duggleby 2016). Diese Konzepte können den betroffenen Personen nicht nur helfen, sondern sie mitunter auch überfordern oder ihre Selbstbestimmung einschränken (Streeck 2017). Die beschriebene Institutionalisierung kann nicht nur als ermöglichender Faktor für ein gutes Sterben, sondern als Verminderung der individuellen Freiheit gedeutet werden: "Durch die bloße Tatsache ihres Vorhandenseins halten Institutionen menschliches Verhalten unter Kontrolle" (Berger und Luckmann 2016, 58).

Die Sterbenden haben nicht nur aus ihrer Situation heraus (alt, krank, hilfebedürftig) wenige Handlungsmöglichkeiten, sondern die soziale und institutionelle Einbettung selbst regelt – implizit und explizit –, wie die betroffenen Personen sich zu verhalten haben. Die Betroffenen dürfen die mitunter verständliche Wut und Angst über die existenzielle Lage darf nicht heraus schreien oder dagegen widerständig sein. Die sozialen und institutionellen Rahmenbedingungen, insbesondere die Palliativversorgung und Schmerztherapie, können wichtige Eckpfeiler des Bestrebens, derart überbordende Emotionen gar nicht erst aufkommen zu lassen, sein. Sie alle greifen im guten Sterben funktional ineinander, beruhigen die betroffene Person auf emotionaler wie auf körperlicher Ebene. Die Schmerztherapie tritt gerade auch als wichtiges Element hervor, weil sie den Menschen körperliche Schmerzen nimmt, dadurch der Individuen selbst wie auch dem Umfeld Ruhe verschafft.

Der ökonomische Imperativ taucht zwar auch im Diskurs als negativ auf, gleichzeitig aber auch als Begründung für derartige Konzepte (siehe 4.2.5). Ein Ablauf nach Plan – entlang von institutionalisierten Handlungsweisen – ist nicht nur stressreduzierend, sondern auch in der praktischen Organisation des Prozesses einfacher handhabbar und damit mitunter kostenreduzierend. Es ist die Frage zu stellen, inwiefern der diskursiv hervorgehobene Wunsch nach Ruhe auch aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus angestrebt wird, inwiefern Institutionalisierung und Ruhe gleichermaßen betriebswirtschaftlich und gesundheitsökonomisch anzustrebende Ideale darstellen.

Die Institutionalisierung einer Kultur des Sterben und mit ihr des öffentlichen enttabuisierten Austausches über das Sterben kann dabei selbst einen paradoxen, tabuisierenden Effekt haben: indem bestimmte Formen des Austausches institutionalisiert werden, können andere Formen einfacher diskursiv ausgeblendet werden. Indem das Sterben und damit zusammenhängende Prozesse in vordefinierte Bahnen gelenkt werden und das Sterben dann ruhig abläuft, generiert es weniger Aufmerksamkeit als ein chaotisches oder sogar skandalöses Sterben.

Die hier erläuterte Perspektive auf das ruhige und institutionalisierte Sterben ist selbst differenziert zu betrachten. Sie speist sich aus einer kritischen Interpretation eines Diskurses im Wechselspiel zwischen politischen Akteurinnen und Akteuren, Expertinnen und Experten sowie sich äussernden Bürgerinnen und Bürgern. Die Annahme ist berechtigt, dass für viele Menschen ein gutes Sterben unter den identifizierten institutionalisierten Bedingungen möglich ist, dass ein ruhiges und vielfach eingebettetes und kontrolliertes Sterben deren Wünschen und Bedürfnissen entspricht. Gleichzeitig sind immer auch Ausnahmen zu berücksichtigen, die einer solchen Einbettung nicht gerecht werden wollen oder können. Ebenfalls von Relevanz sind die (mitunter nicht intendierten) Nebeneffekte bestimmter gesellschaftlicher Formungs- und Normierungsbestrebungen zu reflektieren und gegebenenfalls Schritte zu setzen, diese abzumildern oder zu verhindern.

Die Verabsolutierung ganz bestimmter Ideen und Konzepte und davon ausgehende Institutionalisierungsbestrebungen – die letztendlich zu einer Verfestigung bis hin zur Starrheit von gesellschaftlichen Praktiken und Rahmenbedingungen führt – sind unabhängig davon kritisch zu betrachten. Anstelle einer (dogmatischen) Naturalisierung und Unhinterfragbarkeit von Kriterien und Voraussetzungen des guten Sterbens scheint eine Perspektive, die die soziale Bedingtheit dieses und anderer Phänomene in den Blick rückt, notwendig. Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, wie verschiedene normative Positionen mit einer Vielzahl unterschiedlicher Grundannahmen und Vorstellungen – mit Wissen – verknüpft sind, die selbst wandelbar sind. Eine zeitlos erstarrte Institution und Norm des guten Sterbens würde sonst mit der Zeit aus der Zeit fallen.

6.3 Limitierungen der Untersuchung und Ausblick

Die vorliegende Studie hat den Diskurs zu Sterben und guten Sterben in Österreich analysiert. Dazu wurden verschiedene Texte gesammelt und ausgewertet, die in Bezug auf oder als Teil eines spezifischen Ereignisses entstanden sind. Die Ergebnisse müssen vor diesem Hintergrund betrachtet werden, um ihre Aussagekraft einschätzen zu können.

Der durch die Enquete-Kommission geschaffene Aufmerksamkeitsraum erscheint trotz thematischer Fokuspunkte als grundsätzlich offen für verschiedene Interpretationen des Sterbens und guten Sterbens. Zwar legt das offizielle Programm mit bestimmten Tagesordnungspunkten, zentralen Fragestellungen und eingeladenen Expertinnen und Experten bestimmte Grenzen für die Sitzungen fest. Außerhalb der Sitzungen eröffnete sich medial und durch die Stellungnahme aber die Möglichkeit, über diese Grenzen hinauszugehen. Die Analyse zeigt, dass dies von unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren auch getan wurde und nicht nur ein spezifischer, formaler Rahmen reproduziert wurde. Gleichzeitig verbleibt jedoch die Untersuchung des *guten Sterbens* innerhalb des thematisch gesetzten Rahmens *Sterben*. Wie auch der Diskurs selbst (siehe 4.1.7), verbleibt die Untersuchung thematisch im relativ abgegrenzten Sterbeprozess. Sie hat nicht diesen Rahmen verlassen, um etwa nach diskursiven Spuren des Sterbens in anderen Lebensabschnitten oder gesellschaftlichen Feldern zu suchen.

Weitere Studien könnten Untersuchungen zur diskursiven Konstruktion des guten Sterbens anstellen, die die hier aufgemachte Perspektive erweitern und potentiell auch kritischer Betrachtung und Revidierung öffnen. Dem Sterben und guten Sterben diskursiv vorgelagert sind, was sich auch in der Analyse gezeigt hat, Alter und Krankheit. Eine weiterführende Analyse des guten Sterbens könnte eben diese Phänomene in den Blick nehmen. Die Untersuchung der guten Pflege sowie des guten Alter könnten gerade auch die Übergänge zwischen Alter oder Krankheit und Sterben interpretieren, deren gegenseitige Bedingtheit und Beziehungen analysieren.

Darüber hinaus sollte dem guten Sterben auch aus der Perspektive eines guten Lebens nachgespürt werden. In Zusammenhang mit der Zeit vor dem eigentlichen Sterben stehen auch verschiedene Diskurs- und Handlungsfelder wie Medizin, Pflege oder Sozialpolitik. Eine tiefgehende Analyse dieser Felder könnte diskursive Konstruktionen des Sterbens abseits des Sterbeprozesses selbst suchen. Eine Untersuchung, wie das Sterben, ob realisiert oder verhindert, Diskurse und Praktiken in verschiedenen Bereichen implizit oder explizit beeinflusst wäre womöglich erkenntnisreich.

Bestimmte Arten des Sterbens blendete der hier untersuchte dominante Diskurs aus, insbesondere das plötzliche Sterben (aufgrund von Unfall, plötzlicher letaler Erkrankung etc.). Eine weitere Diskursanalyse sollte mittels breiterer Suchstrategie und um-

fassenderer Korpusbildung untersuchen, wie diese Arten des Sterbens im öffentlichen Diskurs thematisiert werden und inwiefern ein gutes Sterben damit verknüpft ist. Ebenso könnte mit dem Sterben bestimmter Gruppen verfahren werden, die im Diskurs hier nicht explizit thematisiert wurden, etwa Migrantinnen und Migranten, Jugendliche oder Obdachlose. Durch derart zielgerichtete Suche könnte analysiert werden, inwieweit der hier ko-konstruierte Diskurs aufgrund der Datenauswahl so beschaffen ist, wie er beschaffen ist, oder ob es sich tatsächlich um einen umfassend dominanten gesellschaftlichen Diskurs des guten Sterbens handelt.

Die Untersuchung verblieb in ihrer Analyse außerdem auf der Diskursebene. Sie hat nicht danach gefragt, inwiefern sich die diskursiv hervorgebrachten Forderungen auch in Handlungspraxis realisieren. Dies war nicht angedacht und wäre über die Möglichkeiten dieser Studie hinausgegangen; gleichzeitig würde eine solche Untersuchung interessante Einsichten in den Zusammenhang zwischen Diskurs und Handlungspraxis liefern sowie eine kritische Perspektive auf Sozial- und Gesundheitspolitik eröffnen. Sie würde dabei auch im Rahmen des Forschungsprogramms der Wissenssoziologischen Diskursanalyse liegen, die gerade darauf abzielt, auch die „Machtwirkungen der Diskurse“ (Keller 2011b, 266) zu untersuchen.

7 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Ariès, Philippe. 2005. *Geschichte des Todes*. Übersetzt von Hans-Horst Henschen und Una Pfau. 11. Auflage. München: dtv Verlagsgesellschaft.
- Armstrong, David. 1987. „Silence and Truth in Death and Dying“. *Social Science & Medicine* 24 (8): 651–57.
- Baldinger, Inge. 2014. „Aber die Antwort kann nicht Tötung sein“. *Salzburger Nachrichten*, 26. Juni 2014.
- . 2015. „Der Tod spaltet die Österreicher“. *Salzburger Nachrichten*, 23. Jänner 2015.
- Beck, Matthias. 2014. „Würdevolles Sterben bedarf einer guten Begleitung. Gastkommentar. Zur jüngsten Sitzung der Bioethikkommission im Bundeskanzleramt“. *Die Presse*, 8. Oktober 2014.
- Berger, Peter L., und Thomas Luckmann. 2016. *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: eine Theorie der Wissenssoziologie*. Übersetzt von Monika Plessner. 26. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Biermann, André. 2014. *Das diskursive Verschwinden der Religionsfreiheit: Der Moscheebau zu Köln-Ehrenfeld im Spiegel der politischen Kultur*. Wiesbaden: Springer VS.
- „Bioethikkommission - Bundeskanzleramt Österreich“. o. J. Zugegriffen 4. März 2018. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bioethikkommission>.
- Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. 2015. „Sterben in Würde: Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission“. Wien. <http://archiv.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=58509>.
- Bonelli, Johannes. 2013. „Tod als ärztliche Dienstleistung? Gastkommentar“. *Die Presse*, 17. Dezember 2013.
- Bosančić, Saša. 2014. *Arbeiter ohne Eigenschaften: Über die Subjektivierungsweisen angelernter Arbeiter*. Wiesbaden: Springer VS.
- Brandes, Marina. 2011. *Wie wir sterben: Chancen und Grenzen einer Versöhnung mit dem Tod*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien.
- Brogaard, Trine, Mette A. Neergaard, Ineta Sokolowski, Frede Olesen, und Anders B. Jensen. 2013. „Congruence between Preferred and Actual Place of Care and Death among Danish Cancer Patients“. *Palliative Medicine* 27 (2): 155–64. <https://doi.org/10.1177/0269216312438468>.
- Bromseth, Janne C. H. 2003. „Ethical and methodological challenges in research on net-mediated communication“. In *Applied ethics in internet research*, herausgegeben von May Thorseth, 67–85. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.
- Brunner, Claudia. 2011. *Wissenobjekt Selbstmordattentat: Epistemische Gewalt und okzidentalistische Selbstvergewisserung in der Terrorismusforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien.
- Bührmann, Andrea D., und Werner Schneider. 2008. *Vom Diskurs zum Dispositiv: Eine Einführung in die Dispositivanalyse*. transcript Verlag.

- Bundeskanzleramt Österreich. 2013. „Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018: Erfolgreich. Österreich.“
<https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=53264>.
- Bundesnotarkammer. o. J. „Eintragungsgebühren | Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister“. Zugegriffen 8. März 2018. <http://www.vorsorgeregister.de/ZVR-Zentrales-Vorsorgeregister/Kosten/index.php>.
- Cohen, Joachim. 2016. „Acceptance of euthanasia and the factors influencing it“. In *Entscheidungen am Lebensende: Medizinethische und empirische Forschung im Dialog*, herausgegeben von Johann Platzer und Franziska Großschädl, 203–19. Baden-Baden: Nomos.
- Cohen, Joachim, Isabelle Marcoux, Johan Bilsen, Patrick Deboosere, Gerrit van der Wal, und Luc Deliens. 2006. „European Public Acceptance of Euthanasia: Socio-Demographic and Cultural Factors Associated with the Acceptance of Euthanasia in 33 European Countries“. *Social Science & Medicine* 63 (3): 743–56.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.026>.
- Cottrell, Laura, und Wendy Duggleby. 2016. „The “Good Death”: An Integrative Literature Review“. *Palliative and Supportive Care* 14 (06): 686–712.
<https://doi.org/10.1017/S1478951515001285>.
- Coudenhove-Kalergi, Barbara. 2013. „Sterbehilfe: So nicht“. *Der Standard*, 12. Dezember 2013.
- Council of Europe. 1999. *Protection of the Human Rights and Dignity of the Terminally Ill and the Dying. Recommendation*. Bd. 1418 (1999).
<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en>.
- Diaz-Bone, Rainer, und Werner Schneider. 2004. „Qualitative Datenanalysesoftware in der sozialwissenschaftlichen Diskursanalyse – Zwei Praxisbeispiele.“ In *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 2: Forschungspraxis. 2. Auflage.*, herausgegeben von Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider, und Willy Viehöver, 457–94. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Engelhardt, Anina. 2015. „The Sociology of Knowledge Approach of Discourse Analysis in Innovation Research: Evaluation of Innovations in Contemporary Fine Art“. *Historical Social Research/Historische Sozialforschung* 40 (3): 130–60.
<https://doi.org/10.12759/hsr.40.2015.3.130-160>.
- Foucault, Michel. 1993. *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*. Übersetzt von Walter Seitter. 16. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- . 2012. *Die Ordnung der Dinge: eine Archäologie der Humanwissenschaften*. 22. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- . 2014a. *Die Ordnung des Diskurses*. Erweiterte Ausgabe, 13. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- . 2014b. *Sexualität und Wahrheit: 1 : Der Wille zum Wissen*. 20. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- . 2015. *Archäologie des Wissens*. Übersetzt von Ulrich Köppen. 17. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- GBI-Genios Deutsche Wirtschaftsdatenbank GmbH. o. J. *WISO Presse Datenbank*. De.
<https://www.wiso-net.de/>.
- Glaser, Barney G., und Anselm L. Strauss. 1998. *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.

- Gomes, Barbara, Natalia Calanzani, Marjolein Gysels, Sue Hall, und Irene J. Higginson. 2013. „Heterogeneity and Changes in Preferences for Dying at Home: A Systematic Review“. *BMC Palliative Care* 12: 7. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>.
- Gomes, Barbara, und Irene J. Higginson. 2008. „Where People Die (1974–2030): Past Trends, Future Projections and Implications for Care“. *Palliative Medicine* 22: 33–41. <https://doi.org/10.1177/0269216307084606>.
- Gorer, Geoffrey. 1955. „The Pornography of Death“. *Encounter* 5 (4): 49–52.
- Granda-Cameron, Clara, und Arlene Houldin. 2012. „Concept Analysis of Good Death in Terminally Ill Patients“. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 29 (8): 632–39. <https://doi.org/10.1177/1049909111434976>.
- Gronemeyer, Reimer, und Andreas Heller. 2014. *In Ruhe sterben: Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann*. München: Pattloch.
- Haberkern, Klaus, und Marc Szydlik. 2008. „Pflege der Eltern – Ein europäischer Vergleich“. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 68 (1): 78–101. <https://doi.org/10.1007/s11577-008-0004-y>.
- . 2010. „State Care Provision, Societal Opinion and Children’s Care of Older Parents in 11 European Countries“. *Ageing & Society* 30 (2): 299–323. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09990316>.
- Hämmerle, Walter. 2013. „„Passt nicht in unsere Verfassung‘: Neos-Vize-Chefin Angelika Mlinar im Interview“. *Wiener Zeitung*, 3. Dezember 2013.
- Hart, Bethne, Peter Sainsbury, und Stephanie Short. 1998. „Whose Dying? A Sociological Critique of the ‚Good Death‘“. *Mortality* 3 (1): 65–77. <https://doi.org/10.1080/713685884>.
- Herzig, Christian, und Jeremy Moon. 2013. „Discourses on Corporate Social Ir/responsibility in the Financial Sector“. *Journal of Business Research* 66 (10): 1870–80. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2013.02.008>.
- Higginson, Irene J., Vera P. Sarmento, Natalia Calanzani, Hamid Benalia, und Barbara Gomes. 2013. „Dying at Home – Is It Better: A Narrative Appraisal of the State of the Science“. *Palliative Medicine* 27 (10): 918–24. <https://doi.org/10.1177/0269216313487940>.
- Hitzler, Ronald, Jo Reichertz, und Norbert Schröer, Hrsg. 1999. *Hermeneutische Wissenssoziologie: Standpunkte zur Theorie der Interpretation*. Theorie und Methode: Sozialwissenschaften. Konstanz: UVK Universitätsverlag.
- Howarth, Glennys. 2007. *Death & Dying: A Sociological Introduction*. Cambridge and Malden: Polity Press.
- Jäger, Siegfried. 2012. *Kritische Diskursanalyse: Eine Einführung*. Münster: UNRAST Verlag.
- Jungnikl, Saskia. 2014. „Kein Monopol auf den Tod“. *Der Standard*, 31. Oktober 2014.
- Kampits, Peter. 2014. „Selbst beim Sterben entmündigt“. *Die Presse*, 2. Juli 2014.
- . 2015. „Die Angst der Politik vor dem Sterben“. *Der Standard*, 18. Dezember 2015.
- Kellehear, Alan. 1984. „Are We a ‘Death-Denying’ Society? A Sociological Review“. *Social Science & Medicine* 18 (9): 713–721. [https://doi.org/doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90094-7](https://doi.org/doi.org/10.1016/0277-9536(84)90094-7).
- . 2007. *A Social History of Dying*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi, and Mexico City: Cambridge University Press.

- Keller, Reiner. 2009. *Müll – Die gesellschaftliche Konstruktion des Wertvollen: Die öffentliche Diskussion über Abfall in Deutschland und Frankreich*. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-91731-3>.
- . 2011a. *Diskursforschung: Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- . 2011b. *Wissenssoziologische Diskursanalyse: Grundlegung eines Forschungsprogramms*. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- . 2011c. „The Sociology of Knowledge Approach to Discourse (SKAD)“. *Human Studies* 34 (1): 43–65. <https://doi.org/10.1007/s10746-011-9175-z>.
- . 2013. „Zur Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse“. In *Methodologie und Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse. Band 1: Interdisziplinäre Perspektiven*, 27–68. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Keller, Reiner, und Inga Truschkat, Hrsg. 2013. *Methodologie und Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse. Band 1: Interdisziplinäre Perspektiven*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kerschbaumer, Carina. 2014. „Pro-Kontra“. *Kleine Zeitung*, 12. Jänner 2014.
- Köhler, Horst. 2005. „‘Sterben lernen heißt leben lernen’. Rede von Bundespräsident Horst Köhler bei der Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz am 8. Oktober 2005 in Würzburg.“ http://www.bundespraesident.de/SharedDocs/Reden/DE/Horst-Koehler/Reden/2005/10/20051008_Rede.html.
- König, Franz. 2004. „Brief vom 14. Jänner 2004 an alle Mitglieder des Präsidiums und des Ausschusses 4 (Grundrechte) des Österreich-Konvents“, 2004. <http://www.kardinalkoenig.at/wirken/mensch/lebensende/0/articles/2008/09/30/a3521/>.
- Kübler-Ross, Elisabeth. 2009. *On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. Oxon: Routledge.
- Long, Susan Orpett. 2004. „Cultural Scripts for a Good Death in Japan and the United States: Similarities and Differences“. *Social Science & Medicine* 58 (5): 913–28. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.10.037>.
- Lunney, June R., Joanne Lynn, und Christopher Hogan. 2002. „Profiles of Older Medicare Dece-dents“. *Journal of the American Geriatrics Society* 50 (6): 1108–12. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50268.x>.
- Lynch, Thomas, Stephen Connor, und David Clark. 2013. „Mapping Levels of Palliative Care De-velopment: A Global Update“. *Journal of Pain and Symptom Management* 45 (6): 1094–1106. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>.
- Marchart, Jan Michael. 2015. „Der Staat am Sterbebett“. *Wiener Zeitung*, 21. Februar 2015.
- Mauritz, Ernst. 2014. „Den Tod nicht ausblenden“. *Kurier*, 25. Juni 2014.
- McInerney, Fran. 2006. „Heroic Frames: Discursive Constructions around the Requested Death Movement in Australia in the Late-1990s“. *Social Science & Medicine* 62 (3): 654–67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.026>.
- Müller, Ulrike. 2014. „Aktive Sterbehilfe – letzter Ausweg oder nur ein Irrweg?“ *Tiroler Tageszei-tung*, 24. Oktober 2014.
- Nagele, Susanne, und Angelika Feichtner. 2012. *Lehrbuch der Palliativpflege*. 3., Überarbeitete Auflage. Wien: Facultas WUV Universitätsverlag.

- Neues Volksblatt. 2014. „Koalitionäre Debatte über Verbot aktiver Sterbehilfe“. *Neues Volksblatt*, 8. Jänner 2014.
- Neuhold, Clemens. 2014. „ÖVP kann sich Volksbefragung über Sterbehilfe vorstellen“. *Wiener Zeitung*, 8. Februar 2014.
- Neuwirth, Dietmar. 2014. „Der Begriff Sterbehilfe muss neu buchstabiert werden“. *Die Presse*, 31. Oktober 2014.
- Österreichische Parlamentsdirektion. o. J. „Österreich Konvent“. Zugriffen 28. November 2017. http://www.konvent.gv.at/K/Willkommen_Portal.shtml.
- Österreichische Volkspartei. 2013. „Palliative Care und Hospiz statt Tötung auf Verlangen“. http://oevpklub.media-data.at/fileadmin/Inhaltsdateien/Parlamentsklub/Dokumente/OEVP-Grundsatzpapier_Hospiz.pdf.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. 2004. „Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung“. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/bericht_abgestufte_hospiz-_und_palliativversorgung.pdf.
- Österreichisches Parlament. 2001. „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“. Parlamentarische Enquete. Dienstag, 29. Mai 2001. Stenographisches Protokoll“. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/VER/VER_00004/fname_251657.pdf.
- . 2014a. „Enquete Kommission zum Thema ‚Würde am Ende des Lebens‘: Mitgliederliste (25.06.2014-26.03.2015)“. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/A-HA/A-HA_00002_00344/MIT_00344.html.
- . 2014b. „Enquete-Kommission: ‚Würde am Ende des Lebens‘. Auszugsweise Darstellung: 3. Sitzung. Freitag, 7. November 2014, 10.04 Uhr – 13.23 Uhr. NR-Saal.“ https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00491/imfname_386918.pdf.
- . 2014c. „Enquete-Kommission: ‚Würde am Ende des Lebens‘. Auszugsweise Darstellung: 5. Sitzung. Dienstag, 25. November 2014, 10.08 Uhr – 15.08 Uhr. NR-Saal.“ https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00491/imfname_386919.pdf.
- . 2014d. „Enquete-Kommission zur Würde am Ende des Lebens konstituiert. Parlamentskorrespondenz Nr. 648 vom 02.07.2014, Wien“. https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2014/PK0648/.
- . 2014e. „Parlament setzt Enquete-Kommission zur Würde am Ende des Lebens ein. Parlamentskorrespondenz Nr. 612 vom 25.06.2014, Wien“. https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2014/PK0612/.
- . 2015a. „Bericht der parlamentarischen Enquete-Kommission zum Thema ‚Würde am Ende des Lebens‘“. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00491/fname_386917.pdf.
- . 2015b. „Enquete-Kommission: ‚Würde am Ende des Lebens‘. Auszugsweise Darstellung: 9. Sitzung. Freitag, 23. Jänner 2015, 10.06 Uhr – 16.18 Uhr. NR-Saal.“ https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00491/imfname_386921.pdf.
- . o. J. „Enquete-Kommission ‚Würde am Ende des Lebens‘: Geben Sie Stellungnahmen ab!“ Zugriffen 28. November 2017a. https://www.parlament.gv.at/PAKT/PAKT/SCHLTHEM/SCHLAG/J2014/2014_08_18_Enquete_Kommission.shtml.

- . o. J. „Enquete-Kommission zum Thema ‚Würde am Ende des Lebens‘“. Zugegriffen 28. November 2017b.
<https://www.parlament.gv.at/PERK/NRBRBV/NR/PARLENQU/PEKWUERDE/>.
- Pochobradsky, Elisabeth, Franz Bergmann, Harald Brix-Samoylenko, Henning Erfkamp, und Renate Laub. 2005. *Situation Pflegender Angehöriger: Endbericht*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=176>.
- Pratscher, Kurt. 2017. „Betreuungs- und Pflegedienste der Bundesländer im Jahr 2015“. *Statistische Nachrichten*, Nr. 4: 285–97.
- Republik Österreich – Parlament. 2001. „Nationalrat bekräftigt ablehnende Haltung zur aktiven Sterbehilfe. Parlamentskorrespondenz Nr. 892 vom 13.12.2001, Wien.“
https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2001/PK0892/.
- Sander, Evelina. 2016. *Von der „Wettertanne“ zum „Demographie-Döner“: Zur diskursiven Konstruktion des demographischen Wandels im Personalfeld*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Schmidt, Katharina. 2014a. „Wie wir sterben wollen“. *Wiener Zeitung*, 15. März 2014.
- . 2014b. „Lebensqualität bis zum letzten Moment“. *Wiener Zeitung*, 11. September 2014.
- . 2014c. „Wer erfüllt lebt, kann leichter sterben“. *Wiener Zeitung*, 17. September 2014.
- Seale, Clive. 1995. „Heroic Death“. *Sociology* 29 (4): 597–613.
<https://doi.org/10.1177/0038038595029004003>.
- . 2004. „Media Constructions of Dying Alone: A Form of ‚Bad Death‘“. *Social Science & Medicine* 58 (5): 967–74. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.10.038>.
- Simonitsch, Wolfgang. 2014. „Ich will heute nicht vom Tod reden“. *Kleine Zeitung*, 11. September 2014.
- Stadelbacher, Stephanie. 2017. „Das Lebensende als Randgebiet des Sozialen? Zur Praxis des ‚guten‘ Sterbens zu Hause am Beispiel der ambulanten Hospiz- und Palliativarbeit“. In *Zur Soziologie des Sterbens: Aktuelle theoretische und empirische Beiträge*, herausgegeben von Nina Jakoby und Michaela Thönnies, 49–70. Wiesbaden: Springer VS.
- Statistik Austria. 2017. „STATcube: Gestorbene“. 2017.
<http://statcube.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml>.
- . o. J. „STATcube: Gestorbene“. Datenbank. Zugegriffen 28. November 2017.
<http://statcube.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml>.
- Stolz, E., É Rásky, und W. Freidl. 2016. „Einstellungen zu Entscheidungen am Lebensende und Pflegebedürftigkeit: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der österreichischen Bevölkerung (50+)“. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-106648>.
- Streeck, Nina. 2017. „Sterben, wie man gelebt hat. Die Optimierung des Lebensendes“. In *Zur Soziologie des Sterbens: Aktuelle theoretische und empirische Beiträge*, herausgegeben von Nina Jakoby und Michaela Thönnies, 29–48. Wiesbaden: Springer VS.
- Stronegger, Willibald J., Nathalie T. Burkert, Franziska Grossschädl, und Wolfgang Freidl. 2013. „Factors associated with the rejection of active euthanasia: a survey among the general public in Austria“. *BMC medical ethics* 14 (1): 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-26>.
- Tempfer, Petra. 2013. „Die Angst, allein zu sterben“. *Wiener Zeitung*, 5. Dezember 2013.

- Thomson, Denise, Lana Bzdel, Karen Golden-Biddle, Trish Reay, und Carole A. Estabrooks. 2005. „Central Questions of Anonymization: A Case Study of Secondary Use of Qualitative Data“. *Forum: Qualitative Social Research* 6 (1). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0501297>.
- Tilley, Liz, und Kate Woodthorpe. 2011. „Is it the end for anonymity as we know it? A critical examination of the ethical principle of anonymity in the context of 21st century demands on the qualitative researcher“. *Qualitative Research* 11 (2): 197–212. <https://doi.org/10.1177/1468794110394073>.
- Tiroler Tageszeitung*. 2014. „Bewusstseinsbildung zum Tabuthema Sterben“, 3. Juli 2014.
- Truschkat, Inga. 2013. „Zwischen interpretativer Analytik und GTM - Zur Methodologie einer wissenssoziologischen Diskursanalyse“. In *Methodologie und Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse*, herausgegeben von Reiner Keller und Inga Truschkat, 69–87. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Unger, Hella von. 2014. „Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen“. In *Forschungsethik in der qualitativen Forschungs: Reflexivität, Perspektiven, Positionen*, herausgegeben von Hella von Unger, Petra Narimani, und Rosaline M'Bayo, 15–39. Wiesbaden: Springer VS.
- Van Brussel, Leen, und Nico Carpentier. 2012. „The Discursive Construction of the Good Death and the Dying Person: A Discourse-Theoretical Analysis of Belgian Newspaper Articles on Medical End-of-Life Decision Making“. *Journal of Language and Politics* 11 (4): 479–99. <https://doi.org/10.1075/jlp.11.4.01van>.
- Van Dijk, Teun A. 2013. *News as discourse*. New York, Oxon: Routledge.
- Walter, Tony. 1991. „Modern Death: Taboo or Not Taboo?“ *Sociology* 25 (2): 293–310. <https://doi.org/10.1177/0038038591025002009>.
- . 2012. „Why Different Countries Manage Death Differently: A Comparative Analysis of Modern Urban Societies“. *The British Journal of Sociology* 63 (1): 123–145. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2011.01396.x>.
- Walters, Geoffrey. 2004. „Is there such a thing as a good death?“ *Palliative Medicine* 18: 404–8. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm908oa>.
- Weiser, Ulrike. 2014. „Viele Ärzte haben Angst“. *Die Presse*, 21. Oktober 2014.
- . 2015. „Suizidbeihilfe: Die Debatte wird kommen“. *Die Presse*, 21. März 2015.
- Wiener Zeitung. 2014. „Betreuung als Frage des Glücks“, 10. Oktober 2014.
- Wildfeuer, Janina, Martin W Schnell, und Christian Schulz. 2015. „Talking about Dying and Death: On New Discursive Constructions of a Formerly Postulated Taboo“. *Discourse & Society* 26 (3): 366–90. <https://doi.org/10.1177/0957926514564739>.
- Winter, Jakob. 2014. „Der letzte Wille“. *profil*, 3. November 2014, 45. Auflage.
- Woitha, Kathrin, Eduardo Garralda, Jose María Martín-Moreno, David Clark, und Carlos Centeno. 2016. „Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union“. *Journal of pain and symptom management* 52 (3): 370–77. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.03.008>.
- „Würdevolles Sterben‘ soll in Verfassung“. 2013, 4. Juni 2013.

- Zimmermann, Camilla. 2012. „Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature“. *Social Science & Medicine* 75 (1): 217–24.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.047>.
- Zimmermann, Camilla, und Gary Rodin. 2004. „The Denial of Death Thesis: Sociological Critique and Implications for Palliative Care“. *Palliative Medicine* 18 (2): 121–28.
<https://doi.org/10.1191/0269216304pm858oa>.

Autor

Alexander Lang

Editor: Beate Littig

Associate Editor: Elisabeth Frankus

Titel

Das gute Sterben: Diskursanalyse der öffentlichen Debatte um das Lebensende in Österreich

Kontakt

T +43 1 59991-256

E lang@ihs.ac.at

©2018 Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Vienna

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973

Lizenz

Alexander Lang

Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.